

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

589

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 24 juillet 1896 à 1 heure

PAR

Ulysse ECART

Né à Brimont (Marne) le 20 Septembre 1866

QUELQUES OBSERVATIONS

DE

PARALYSIE GÉNÉRALE

A LONGUE DURÉE

Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : MM. { REYNIER, professeur.
GILLES DE LA TOURETTE ET THOINOT, agr.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2 RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

389

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 24 juillet 1896 à 1 heure

PAR

Ulysse ECART

Né à Brimont (Marne) le 20 Septembre 1866

QUELQUES OBSERVATIONS

DE

PARALYSIE GÉNÉRALE
A LONGUE DURÉE

Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : MM. { REYNIER, professeur.
 { GILLES DE LA TOURETTE ET THOINOT, agr.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2 RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	N.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	TILLAUD.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeur honoraire.

M. PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554032_0056

AVANT-PROPOS

Pendant nos années d'internat dans les Asiles, nous avons eu la bonne fortune d'observer plusieurs cas de Paralyse générale à longue échéance. Les rapprochant des cas similaires déjà publiés, nous avons pu constater combien leur nombre était restreint. Cette rareté relative nous a alors autorisés à croire que ces observations recueillies par nous, pouvaient être de quelque intérêt. Telle a été, en quelque sorte, l'inspiration première de notre travail.

Toutefois, avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis d'apporter ici un témoignage de notre reconnaissance à ceux auxquels nous sommes redevables du peu que nous savons.

Au début, nous avons trouvé dans les hôpitaux des maîtres dont la bienveillance ne nous a jamais manqué et qui nous ont prodigué et leurs bons conseils, et leur excellent enseignement. MM. Lucas-Championnière, Hutinel, Dugué, Bouchard et Humbert ont été pour nous des chefs dont nous garderons toujours le souvenir.

Entré, par la suite, dans les Asiles, nous avons été guidés dans l'étude si attrayante de la Psychiatrie par MM. Bouchereau, Garnier, et Vallon. Nous ne saurions trop leur savoir gré de tout ce qu'ils ont fait pour nous, et nous nous estimerions vraiment heureux si ce faible essai pouvait leur prouver que nous avons su utiliser leurs excellentes leçons.

HISTORIQUE

Esquirol, le premier, décrit chez des malades atteints de démence, des paralysies accompagnées d'embarras de la parole dont il fait un élément de pronostic important permettant de prévoir une terminaison fatale.

Georget (1820), Delaye (1824), Calmeil (1826) qui étudiaient des paralysies les considéraient toujours comme les complications d'une maladie mentale déjà existante, la démence, dont elles venaient précipiter la marche ; aussi ne trouve-t-on que des notions peu précises sur la durée d'une maladie dont ils commençaient seulement à soupçonner l'existence, dont ils ne connaissaient que partiellement les symptômes.

En 1822 et 1825, dans deux publications différentes Bayle décrit et établit d'une façon irréfutable l'entité nouvelle ; il lui reconnaît comme symptômes cardinaux le délire ambitieux, la paralysie, la démence, le tout concordant à l'autopsie avec des lésions de méningite chronique, Bayle estime sa durée de 10 mois à un an et demi, Calmeil (1826) dit que certains paralytiques vivent 8 mois, 1 an, 18 mois ; d'autres résistent 2 à 3 ans, rarement au delà ; la moyenne des malades aurait vécu 13 mois,

Esquirol (1839) donne comme durée moyenne de un à trois ans. Parchappe lui donne comme durée moyenne deux ans, 23 mois et 4 jours. (Falret (1873. Thèses de Paris, recherches sur la folie), lui reconnaît en moyenne une durée de 3 ans et comme limite extrême 4 ans.

Marcé (1862. Traité des maladies mentales) donne à la maladie comme limites extrêmes 3, 4 ans et plus.

Foville trouve une moyenne de deux ans et trois mois. Mais à mesure que le début de la paralysie générale est mieux reconnu on voit s'étendre la durée maxima que l'on donnait à cette affection.

Christian et Ritti (Dictionnaire Encyclopédique. 84) estiment que la durée varie de 3 à 5 ans, Régis admet une durée moyenne de 2 à 3 ans pour l'homme de 3 à 4 ans pour la femme ; toutefois dans les formes intermittentes et dans la forme alternante, la durée peut-être de 7, 8, 10 ans et plus.

Linstof croit que 75 0/0 des malades sont morts après deux ans,

Kraft Ebing estime que la durée totale est difficile à établir d'une façon précise en raison des variétés symptomatiques du début, du peu d'accentuation des symptômes prodromiques qu'il est toujours délicat de préciser ; cependant il croit qu'en moyenne la durée peut-être fixée à 3 ans ; elle serait plus longue chez les personnes âgées.

Christon Brown admet une durée de 4 ans ; pour Kirschhoff elle serait en moyenne de 3 ans, pour Krœpelin 2 à 3 ans, pour Ziehen de 3 ou 4 ans chez l'homme, de 5 à 6 ans chez la femme ; il serait exceptionnel de trouver des cas dont la durée serait supérieure à 10 ans.

Pour Savage la durée moyenne est de 3 ans ; la femme aurait encore pour cet auteur le privilège d'une plus longue durée.

Schankey trouve que 9/10 des paralytiques sont morts après 5 ans.

Kœnig admet une durée moyenne d'environ trente mois.

Mendel, sur 270 cas qu'il avait examinés ne trouve que 7 malades qui vivent 4 années après leur entrée ; dans 38 cas

la maladie eut une durée moyenne d'un an et $\frac{3}{4}$; il trouve dans ses observations :

8 cas ayant duré de 6 mois à 1 ans.			
25	—	1 an	à 2 —
28	—	2	— 3 —
15	—	3	— 4 —
8	—	4	— 5 —
4	—	5	— 6 —
2	—	6	— 8 —
4	—	8	— 10 —
1	—	16	—

Les cinq derniers cas de ce tableau sont, dit l'auteur des formes ascendantes de la paralysie générale et le temps est calculé depuis l'apparition des signes nerveux, les symptômes psychiques faisant défaut dans la plupart des cas à l'entrée du malade. Quant à la généralité des paralytiques c'est-à-dire dans la proportion de 80 0/0 ils meurent dans les quatre premières années de leur maladie.

Chez la femme, la paralysie générale étant atténuée dans ses symptômes a une durée plus longue de 1 an, comparativement à celle de l'homme.

Schule admet que la durée, qui est de deux ou trois ans en moyenne peut être dans certains cas de 5 à 6 ans.

Helbroener en se basant sur l'examen de 403 hommes et 86 femmes admet que la durée moyenne a été de 2 ans 7 mois 3 semaines pour l'homme et de 2 ans 11 mois pour la femme.

Une durée de plus de 3 ans se trouve dans 144 cas. Sur 403 hommes il en trouve 42 chez lesquels la maladie se prolonge pendant 5 ans et sur 86 femmes il en trouve 11 qui réalisent les mêmes conditions de durée ; ces différents malades hommes et femmes se groupent de la façon suivante ;

Chez 21 hommes	4 femmes	la maladie a duré de 5 à 6 ans
11	— 2	— 6 à 7 —
2	— 1	— 7 à 8 —
2	— 1	— 8 à 9 —
2	— 1	— 9 à 10 —
2	— 1	— 10 à 11 —
1	— 1	— 11 à 12 —

La plus longue durée que l'auteur ait observée dans les nombreux cas de paralysie générale qu'il eut à examiner a été de 18 ans et sur ce chiffre il ne peut y avoir de doute ; ce malade, car c'était un homme, fut exactement suivi et observé depuis le début de sa maladie jusqu'à sa mort ; et une bonne période de sa maladie, c'est-à-dire 7 ans et 11 mois se passa dans différents asiles où il était soigneusement tenu en observation ; dès le commencement le diagnostic fut posé et jusqu'au moment de la mort la maladie évolua sans présenter la moindre rémission dans ces symptômes ; ce cas ainsi qu'un cas semblable chez une femme rapporté par le même auteur sont à opposer comme nous nous réservons de le faire bientôt aux paralysies générales à forme intermittente ou à rémission dont la longue durée repose sur l'atténuation des symptômes morbides.

MM. Magnan et Serieux dans leur monographie sur la paralysie générale ne donnant pas de chiffre sur la durée moyenne de la maladie insistent sur la lenteur de l'évolution dans la démence paralytique simple qui peut se prolonger jusqu'à 8 ans, 10 ans et même davantage.

Enfin Grasset paraît adopter l'opinion de Charcot qui donnait à la paralysie générale une durée moyenne de 4 ans, et dit en outre que grâce à des temps d'arrêt considérables, le dernier terme de la maladie peut être de plus de vingt ans,

DIVISION DU SUJET

Par ce court aperçu historique on voit que la durée de la paralysie générale n'a pas toujours été appréciée de la même manière par les quelques auteurs dont nous venons d'exposer les diverses opinions.

Plus on s'éloigne de Bayle et Calmeil qui voyaient évoluer leurs paralytiques en 13 mois, plus on voit s'établir un certain accord entre les auteurs qui reconnaissent à la maladie une durée plus longue, cette divergence de vue entre les auteurs actuels et les contemporains de Bayle s'explique facilement et sans faire intervenir ici des raisons d'ordres thérapeutique dont il serait difficile de fournir la preuve sans considérer cette prolongation des paralytiques, comme l'effet des soins médicaux qu'ils reçoivent à l'Asile, on doit surtout la rapporter à une connaissance plus approfondie de la maladie à laquelle correspond actuellement un diagnostic plus précoce ; les prodromes sont reconnus dès leur apparition dans l'immense majorité des cas et s'il y a quelques exceptions à cette règle elles ne sont pas assez nombreuses pour modifier les résultats généraux. Le plus grand nombre des paralytiques meurent donc dans un délai de 2, 3, 4 ans, et le chiffre de 5 ans nous paraît être le terme ultime que d'ordinaire on peut donner au paralytique. Le chiffre de 4 ans donné par M. Charcot, comme chiffre de moyenne, nous paraît être celui qui se rapproche le plus de la vérité.

Cette fixation de la durée moyenne était importante à préciser pour nous, car elle va nous permettre de définir ce que l'on entend par paralysie générale de longue durée par forme prolongée de la paralysie générale.

Nous venons de dire précédemment que le plus grand nombre des paralytiques observés, mouraient après une durée moyenne de 3 ou 4 ans, le nombre des paralytiques dépassant ce terme et vivant de 4 à 5 ans, tombe brusquement à des chiffres déjà inférieurs, mais celui des paralytiques vivant au delà de 5 ans devient plus faible encore, presque exceptionnel pour garder l'expression d'un des auteurs que nous citons précédemment. C'est donc ce terme de 5 ans qui nous paraît être le dernier terme que l'on peut d'ordinaire prévoir au paralytique que l'on a sous les yeux, celui au delà duquel nous rencontrons les exceptions au point de vue de la durée, ce sera donc celui que nous prendrons comme repaire pour définir les cas dont nous voulons faire l'étude.

Nous définirons donc la paralysie générale prolongée, celle qui présentera les symptômes propres à cette affection pendant une durée d'au delà de 5 ans.

Cette question des formes prolongées de la paralysie générale nous a paru très intéressante à un double point de vue :

1° Au point de vue pathogénique ; pourquoi ces paralytiques font-ils exception à la règle ?

2° Au point de vue pronostic ; il est important de pouvoir prédire que chez tel malade, la paralysie générale aura probablement une évolution lente et quoique le cas se rencontre moins fréquemment, il est aussi important de connaître les éléments qui permettent de porter un tel pronostic qu'il est utile dans certains cas opposés d'avertir les familles du danger plus immédiat que courent les malades.

Que d'erreurs de pronostics ne fait-on pas tous les jours ? Tel malade au sujet duquel on avait manifesté des craintes dans un avenir assez rapproché, continue à vivre 3, 4 et 5 ans ; qu'est-ce donc que l'erreur semblable qui se produit sur un malade dont la mort survient après un délai de dix ans ou plus ! Si donc un pessimisme exagéré met le médecin dans une situation difficile dont il ne peut pas sortir toujours à son avantage, il est bon de connaître les règles qui dans ce cas particulier peuvent servir de base à un optimisme raisonné ; y a-t-il pour les cas auxquels nous faisons allusion un élément certain ou du moins probable de pronostic ?

Les quelques réflexions qui précèdent prouvent toute l'utilité qu'il y aurait à le posséder ; savoir, d'après les données de la statistique que la durée moyenne de la paralysie générale est de 3, 4 ou 5 ans, nous apprend peu de choses en face d'un cas déterminé que nous avons sous les yeux, si dans l'étiologie, la symptomatologie que présente notre malade, nous ne pouvons relever des faits qui nous permettront d'espérer une survie plus longue.

Un fait clinique semble à l'heure actuelle définitivement acquis à la Science : c'est que la paralysie générale peut avoir une durée qui dépasse et de beaucoup le terme que l'on fixe habituellement à cette maladie.

Au delà de 5 ans, limite extrême que nous avons reconnue à la forme ordinaire dite encore progressive de la démence paralytique. Il y a des cas qui ont eu une durée des plus variables. C'est ainsi qu'on en a publié de plus de 20 et même plus de 25 ans. Ces deux chiffres sont les plus élevés qu'on ait observés et correspondent le second à un cas rapporté par Lasègue, le premier à un cas rapporté par Lunier dans les annales médico-psychologiques de 1877. Entre le chiffre de 5 ans et ces derniers chiffres auxquels nous venons de faire allu-

sion, on observe toutes les durées intermédiaires, avec un degré de fréquence en proportion inverse avec la durée de la maladie. Les cas à durée très longue devenant en même temps très rares.

Le nombre total des cas observés est déjà considérable, car depuis Bayle et Calmeil qui les signalèrent à l'attention des aliénistes, de nombreux auteurs : Morel, Marcé, Linas, Baillarger, Falret, Dautreberte, Lionet pour n'en citer que quelques-uns les étudièrent spécialement, cherchant dans diverses conditions étiologiques ou dans l'anatomie pathologique les raisons qui pouvaient expliquer ces durées véritablement extraordinaires pour une maladie que l'on voyait d'habitude évoluer en 2 ou 3 ans.

Une première particularité, qui leur fut reconnue et cela par les premiers observateurs, fut l'existence dans l'immense majorité on pourrait dire la totalité des faits publiés, d'une marche remittente dans l'évolution symptomatique qui fit désigner ces formes particulières de paralysie générale, sous le nom de paralysie générale à rémission. C'est qu'en effet on y remarquait la présence de périodes où les symptômes physiques et intellectuels de la paralysie générale se présentent accompagnés d'un riche cortège d'idées délirantes revêtant tantôt la forme expansive et ambitieuse, tantôt la forme mélancolique ou hypocondriaque, et de périodes plus calmes où le malade guéri de ses idées délirantes, ayant conscience des symptômes de folie qu'il vient de présenter, ne montre plus qu'un léger affaiblissement intellectuel, que quelques troubles moteurs peu marqués.

Cette phase de rémission qui varie par sa durée et par l'identité de ses symptômes dans des limites extrêmement étendues, et qui est d'ordinaire interrompue par une nouvelle exacerbation des symptômes morbides, peut dans un

petit nombre de cas, simuler la guérison par l'atténuation presque complète des phénomènes morbides.

Ces rémissions donnent à ces formes prolongées de la paralysie générale un aspect clinique trop particulier pour qu'il ne soit pas nécessaire d'en donner ici une description d'ensemble.

CHAPITRE PREMIER

Des formes prolongées en général.

Cliniquement les faits se présentent de la façon suivante :

Brusquement avec la même soudaineté qu'éclate le délirium tremens à la suite d'un traumatisme ou, le plus souvent après quelques signes prodromiques consistant en accès de mauvaise humeur sans raison, brusqueries non motivées, idées de jalousies, irrégularités diverses dans le caractère, et, dans certains cas, quelques préoccupations hypochondriaques avec une vague tendance à la mélancolie, le malade entre dans une période d'excitation maniaque avec idées de grandeur, ou dans une phase de dépression mélancolique plus ou moins marquée selon les cas, mais qui, d'ordinaire ne se présente pas avec des caractères aussi nets, aussi accentués que dans la mélancolie essentielle.

Dans le premier cas, le malade se présente avec l'agitation et la loquacité d'un maniaque ordinaire ; de plus il est millionnaire, grand seigneur et empereur ou Dieu ; c'est lui qui fournit l'eau, l'air, la lumière, il commande à des millions d'armées, il est plus puissant que Dieu même et l'on assiste ainsi chez un malade à un interminable défilé d'idées de grandeur multiples empreintes de ce caractère de mobilité, d'incohérence et d'absurdité qui constituera bientôt le fond principal de son état mental.

Dans le second cas le malade est mélancolique avec des idées de ruine, d'empoisonnement ou de persécution, auxquelles s'ajouteront des conceptions délirantes spéciales, relatives aux transformations de sa personnalité. Ces malades s'imaginent qu'ils sont morts, qu'ils n'ont plus de bouche, d'intestins ou bien que tout est bouché et que rien ne passe plus; qu'ils ont une tête en bois, une mâchoire en fer, etc. ; en un mot, on retrouve encore là, au milieu de leurs idées mélancoliques ce caractère d'absurdité des idées délirantes que nous remarquons dans le cas des formes maniaque. Cet état peut même s'aggraver au point que, plongé dans le gâtisme le plus complet, le malade peut en imposer au médecin et lui faire porter un pronostic fatal à brève échéance.

Mais bientôt tout change de face. Qu'il s'agisse en effet d'un début maniaque ou mélancolique, au bout d'un temps variable que nous estimons en moyenne être de six ou sept mois, mais qui peut être de plusieurs années comme nous en donnons des exemples, on assiste à la disparition graduelle de cette bouffée délirante; l'excitation maniaque s'apaise, le délire des grandeurs s'atténue plus ou moins rapidement, puis disparaît : le sujet semble alors revenir à la raison; sa physionomie, son attitude sont modifiées sensiblement et, au premier abord, il paraît complètement guéri; en effet il raisonne juste, se conduit convenablement dans le monde, a souvenance d'avoir été aliéné et attribue lui-même à son ancien état de folie, toutes les fausses conceptions dont il a gardé le souvenir, il reconnaît son erreur et renonce à toutes ces idées délirantes.

Mais presque toujours cette guérison n'est qu'apparente et à un examen plus attentif, on s'aperçoit que ce sont les phénomènes délirants seuls qui sont en réalité disparus et que les signes propres à la démence paralytique,

trouble de la parole, affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire ont persisté plus ou moins accentués ; ce qui a disparu c'est l'accès de manie, les troubles vésaniques ; ce qui reste sont les symptômes de la paralysie générale tels qu'ils se montrent quand elle est progressive et simple et leur permanence indique que la lésion anatomique est toujours présente. Aussi l'aspect du malade variera-t-il selon l'étendue ou la gravité de cette lésion, selon qu'il se trouve plus ou moins loin du début de sa folie paralytique ; ou bien il subsiste un état de démence assez accusée, ou bien il ne persiste que quelques signes intellectuels légers, un certain degré d'optimisme et d'indifférence, de l'irascibilité, un peu d'inégalité pupillaire, quelques rares accrocs dans la parole, signes qui dans certains cas, isolés ou réunis en petit nombre, passent inaperçus et peuvent en imposer pour une guérison.

On a beaucoup discuté et on discute encore pour savoir quels sont les signes qui persistent le plus souvent pendant cette période de calme ; les connaître serait en effet d'une importance extrême. Existente-ils ? Le malade en dépit de ses apparences d'homme raisonnable doit être considéré comme un paralytique, constatation d'une importance extrême dans certains cas de médecine légale ! Font-ils au contraire défaut, et cela pendant une longue période, on ne pourra sans discussion ni sans examen très approfondi écarter l'éventualité d'une guérison peut-être possible ; aussi nous réservons-nous de revenir sur ce point dans la discussion de nos observations.

Quoiqu'il en soit, le plus souvent cette rémission après un temps qui varie de quelques mois à plusieurs années, rarement au-delà de quatre (Magnan) est interrompu par une rechute après laquelle la démence reprend la marche progressive, à moins qu'il ne survienne une rémission nou-

velle, comme dans le cas cité par Lunier, dont le malade eut dix entrées successives à Charenton.

Dans tous les cas comme dit Foville, après chaque rechute le malade tombe plus bas, de même qu'après chaque amélioration il se relève moins haut, la maladie continuant d'évoluer lentement vers la termination fatale. En résumé un malade atteint d'une paralysie générale à longue durée présente d'après les auteurs : 1° une phase active avec délire soit à forme expansive; ambitieuse, soit à forme mélancolique soit à forme circulaire lorsque l'aspect maniaque et l'aspect mélancolique se succèdent alternativement : 2° une phase passive ou de calme et d'amélioration partielle ou totale dans son état, période importante, médico-légale pourrait-on dire que nous nous proposons d'étudier plus en détail.

Il nous faut maintenant donner l'exposé de nos observations afin d'étudier plus en détail la période de rémission et de montrer que ces formes à rémission ne comprennent pas tous les cas de paralysie générale à longue durée.

CHAPITRE II

Observations

Nous avons recueilli dans le service de M. le Professeur Joffroy à l'asile Sainte-Anne et dans celui de M. le Docteur Vallon à l'asile de Villejuif, neuf observations présentant un réel intérêt au point de vue du sujet de notre thèse. La proportion des paralytiques généraux étant considérable dans ces deux services, le petit nombre de nos cas montre la rareté des formes à longue durée comparée aux formes ordinaires de l'encéphalite parenchymateuse.

Parmi ces malades nous n'avons rencontré qu'une femme, ce qui rentre dans les règles des statistiques ordinaires ; nous avons en outre remarqué que ces formes à évolution lente survenaient assez tardivement entre 35 et 45 ans, dans tous les cas ; c'est du reste là un point sur lequel nous reviendrons ultérieurement.

Au point de vue de la durée, nos cas peuvent se répartir de la façon suivante :

- Obs. I. — Femme. Durée actuelle : 14 ans.
- Obs. II. — Homme. Durée actuelle : 13 ans.
- Obs. III. — Homme. Durée totale : 13 ans.
- Obs. IV. — Femme. Durée totale : 12 ans.
- Obs. V. — Homme. Durée actuelle : 10 ans.
- Obs. VI. — Homme. Durée actuelle : 9 ans.
- Obs. VII. — Homme. Durée actuelle : 9 ans.

Obs. VIII. — Homme. Durée actuelle : 8 ans.

Obs. IX. — Homme. Durée actuelle : 8 ans.

Obs. X. — Homme. Durée actuelle : 8 ans.

Obs. XI. — Homme. Durée actuelle : 7 ans.

Sans tenir compte des causes prédisposantes ou déterminantes qui peuvent être invoquées ici, l'ordre que nous avons cru devoir suivre est celui de ce tableau ; cela nous a semblé plus logique en raison même du but que nous poursuivons ici.

OBSERVATION I (personnelle).

Paralysie générale datant de 1882. — Début par un ictus apoplectiforme ; signes de paralysie générale à la troisième période. — Amélioration en 1891, encore persistante actuellement.

Br... Marie, 40 ans, tailleuse.

Entrée dans le service de la Clinique le 2 février 1883.

Antécédents héréditaires. — Grand-père maternel, peintre, mort de coliques de plomb ; grand-mère morte asthmatique à 57 ans.

Père vivant, âgé de 75 ans ; buveur de vin ; hémiplegie il y a deux ans ; aphasie pendant 15 jours.

Mère vivante, âgée de 66 ans ; goître, surdité à gauche, survenue à la suite d'une chute.

Antécédents collatéraux. — Deux frères, dont l'un de 50 ans, bien portant. L'autre mort à Villejuif, à 49 ans, de paralysie générale. Deux sœurs vivantes et bien portantes. Tous ont eu des convulsions dans l'enfance.

La malade a eu deux enfants, sur lesquels on n'a pas de renseignements. Pas de syphilis (?)

Antécédents personnels. — La malade est née à terme, elle a été nourrie au sein par sa mère jusqu'à 14 mois. A l'âge de 8 ans, elle a reçu d'une camarade un coup de pierre sur la partie osseuse du nez, qui présente depuis une déformation spéciale qu'on observe encore actuellement. Son caractère était taciturne. Son in-

telligence moyenne lui a permis d'apprendre facilement à lire et à écrire.

Réglée à 13 ans. Elle s'est mariée à 20 ans avec un homme plus âgé qu'elle de quatorze ans. Deux grossesses menées à terme, mais terminées par des accouchements au forceps.

Dès l'âge de 20 ans, d'après son mari, la malade manifestait des idées de grandeur relatives à sa fortune : elle espérait devenir très riche, voulait acheter un petit château, etc. (son mari gagnait à peine de quoi vivre).

En 1871, elle disait que Canrobert et Mac-Mahon étaient ses parents et qu'elle hériterait d'eux.

En 1882, elle a eu des attaques épileptiformes ou apoplectiformes (?). A 4 heures de l'après-midi, au mois de juillet, elle est tombée subitement sans connaissance, en présentant de l'écume à la bouche, mais sans convulsions. L'attaque a duré 3/4 d'heure, et le lendemain la malade avait un embarras de la parole, qui a été très nettement constaté par ses parents.

C'est après cet accident que le délire mégalomane s'est accusé ; (se disait mariée avec l'empereur et avait 50 enfants dans le ventre). En même temps, son entourage a constaté son affaiblissement notable de la mémoire, avec conceptions délirantes hypochondriaques, et c'est en présence de ces troubles qu'on s'est décidé à la faire entrer à Sainte-Anne, 2 février 1883.

A ce moment, Marie Br... présentait, outre les désordres intellectuels, des signes somatiques non équivoques de paralysie générale : inégalité pupillaire, embarras de la parole des plus accentuées, si bien que Legrand du Saule n'avait pas hésité à formuler le certificat suivant :

« Démence paralytique. Excitation maniaque par intervalle. Affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire. Désir de faire la fortune de son mari. Optimisme. Inégalité pupillaire. Embarras de la parole. Conscience très incomplète de ses actes. »

Le docteur Vallon, de son côté, avait nettement formulé le diagnostic de paralysie générale.

Placée dans le service de la clinique, la malade resta plusieurs semaines dans le même état, traversant alternativement des phases d'agitation et de dépression, sans que l'on pût noter une aggravation notable des symptômes physiques, tandis que les facultés mentales s'affaiblissaient graduellement.

A partir de 1891, la malade put travailler et s'occuper dans l'asile.

Au mois de novembre 1894, une note prise dans le service résume ainsi l'état de Marie B...

Etat psychique. — Elle ne sait pas son âge ; mais elle se rappelle cependant la date de sa naissance et celle de son mariage. Elle ne sait pas calculer : 5 fois 6, dit-elle, font 36 ; — 3 et 3 font 9, etc.

Délire. — « Sa famille possède 12.500 milliards ; il lui revient 33 milliards par jour » ; et malgré ces richesses, elle avoue naïvement qu'elle n'a jamais touché un sou ; qu'elle est obligée, pour vivre, de confectionner des uniformes militaires. » Elle est issue d'une famille princière, de la famille du prince de Monaco. — Le prince lui envoie des biscuits. Il est venu la voir dimanche dernier dans le service, avec tout son état-major. »

A côté de ces idées mégalomaniques, la malade ne présente aucune idée de persécution, et les conceptions hypocondriaques qu'elle avait au moment de son entrée, n'existent plus.

Etat physique. — La partie osseuse du nez est affaissée, et la malade prétend que cette déformation est congénitale.

Prognathisme léger. Dentition défectueuse à la mâchoire inférieure, les dents sont complètement absentes ; à la mâchoire inférieure, il existe cinq dents, 2 molaires, une canine, une incisive, à droite, une incisive à gauche, toutes, d'ailleurs, profondément cariées.

La langue n'est pas déviée et présente un tremblement fibrillaire très accusé, que l'on constate également sur le menton et sur la lèvre inférieure, spontanément ou après une excitation mécanique.

Pas de tremblement des mains. Au dynamomètre, la main droite marque 30, la gauche 24.

Démarche normale ; traîne cependant légèrement la jambe gauche. Pas de signes de Romberg.

Les réflexes rotuliens sont un peu exagérés.

La pupille gauche est plus large.

Le réflexe lumineux est absent des deux côtés, et le réflexe accommodateur est affaibli à gauche, normal à droite.

L'acuité visuelle est bonne, les muscles extrinsèques du globe oculaire fonctionnent bien.

Sensibilité cutanée normale et égale des deux côtés. L'ouïe, l'odorat, le goût sont normaux.

Appareil digestif. — Appétit bon; digestion facile; pas de constipation ni de diarrhée.

Rien au *cœur* ni aux *poumons*.

Ménopause en juin 1894.

Depuis que la malade est à Sainte-Anne, elle n'a jamais eu d'attaques apoplectiformes ou épileptiformes. A cette époque, elle est calme, s'occupe aux soins du ménage, mais remplit ses poches de tous les objets qu'elle trouve.

L'embarras de la parole, qui était tellement accusé au début qu'on pouvait à peine comprendre la malade, a notablement diminué; elle peut prononcer « artilleur, d'artillerie »; mais ne peut pas dire « Nabuchodonosor ».

Elle ne gâte plus, alors qu'il y a sept ou huit ans, elle faisait complètement sous elle. Rien de spécial à signaler jusqu'à 1895.

A cette époque, la malade présente à plusieurs reprises un érysipèle de la face, et elle a des panaris fréquents.

L'examen des yeux donne le résultat suivant :

Strabisme divergent double; pupilles inégales, gauche plus grande; *Reflexe* lumineux aboli; accommodateur conservé.

État actuel (juillet 1896). — Amélioration. La malade sait son âge, la date, l'année. Cependant, léger affaiblissement intellectuel, se traduisant par des préoccupations puériles et du délire mégalomane.

État physique — Inégalité pupillaire, toujours la même; pas de réflexe lumineux, ni accommodateur.

Parole embarrassée dans la prononciation des mots longs : (Nabuchodonosor) ou, si l'on insiste, sur le débit fréquent des mots d'épreuve.

Conservation des réflexes tendineux. Sensibilité intacte. Léger tremblement de la langue. Un certain degré de gingivite.

OBSERVATION II

Paralytie générale dont le début remonte à 1884. — Séjour de 12 années à l'asile, sans amélioration ni aggravation notables. — Signes physiques et psychiques incontestables dès le début.

Lan..., âgé de 49 ans. Entre à la Clinique le 15 janvier 1884.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, mort à 60 ans, à la suite de pertes de sang par la bouche et par l'anus.

Mère morte à 47 ans, d'un cancer. Un frère mort-né. Aucun autre antécédent pathologique important à signaler.

Antécédents personnels. -- Pas d'habitudes alcooliques (?) Pas de syphilis (?).

Employé comme chef de rayon dans un magasin de nouveautés, il s'est marié à 24 ans. Sa femme a eu 4 fausses couches et 2 enfants, âgés de 24 et 20 ans.

Les renseignements nous manquent au sujet de la façon dont la maladie a débuté. L'examen du malade pratiqué à son entrée dans le service nous le représente comme affaibli au point de vue intellectuel ; la mémoire, en particulier, est notablement atteinte : il ne se rappelle ni son âge, ni la date de sa naissance. Deux opérations simples de calcul conservées dans l'observation nous montrent plusieurs erreurs. L. racontait qu'un médecin l'a rendu malade il y a dix ans, en lui faisant des pointes de feu sur la colonne vertébrale.

Il ajoute qu'il est prince de Condé, empereur, etc. La démarche difficile ; les jambes sont un peu raides, sans qu'il y ait une faiblesse notable d'un côté ou de l'autre. Les réflexes rotuliens sont exagérés.

Au dynamomètre, la main droite marque 28, la main gauche 16.

Les pupilles sont inégales, la droite un peu plus grandes ; Elles sont toutes deux insensibles à la lumière, mais réagissent fort bien à l'accommodation.

La parole n'est pas notablement embarrassée, cependant, l'articulation de la lettre L est défectueuse dans les mots tels que : artilleur, artillerie.

En présence de cet état, M. Vallon n'hésita pas à faire le certificat suivant :

« Paralyse générale, affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire. Embarras de la parole ; tremblement de la langue ».

L..., reste à peu près dans le même état depuis son entrée. On note seulement une escharre au sacrum pour laquelle il a été alité pendant quelques mois et qui guérit d'ailleurs complètement. Actuellement, il se promène dans l'Asile et se comporte comme un affaibli, ayant toujours les mêmes idées incohérentes de grandeur et les mêmes signes somatiques. Aucun ictus n'a été noté pendant son séjour à l'Asile.

2 juillet 1896. Actuellement le malade est valide et sort pres-

que tous les jours en liberté. Aucun délire ; au point de vue mental on note un affaiblissement de l'intelligence se traduisant surtout par une amnésie partielle variable suivant les jours ; au point de vue physique, signes oculaires. Lenteur et hésitation de la parole, exagération des reflexes tendineux avec difficulté de la démarche et diminution de la force musculaire.

OBSERVATION III (CAMUSET)

L... Isidore, 45 ans, épicier, est actuellement en traitement à l'asile de Bonneval, où il avait été placé une première fois pendant 6 mois. Il a aussi séjourné à Sainte-Anne pendant près d'un an. Voici son histoire :

D'abord les *antécédents héréditaires* : père et mère exempts de toute affection mentale ou nerveuse. Une grand'mère mélancolique, mais qui n'a jamais été traitée dans un asile. Rien autre à noter chez les ascendants ou chez les collatéraux directs. Un fils âgé de 20 ans, bien portant et intelligent mais original, indocile, dénué de sentiments affectifs et ayant depuis l'enfance manifesté des instincts vagabonds. Le malade n'a jamais eu d'autres enfants.

Comme *antécédents personnels* : bonne santé pendant la jeunesse, conduite correcte, intelligence normale et bien équilibrée. A 21 ans, c'est-à-dire 2 ans avant son mariage, chancre infectant et accidents consécutifs. Il y a ici, une observation à faire. L... a certainement eu la syphilis, mais l'a-t-il eue, comme dit sa femme deux ans avant son mariage ou l'a-t-il eu depuis son mariage, comme lui-même l'a prétendu autrefois, avant d'en être arrivé à l'état de démence avancé dans lequel il est aujourd'hui et qui ne lui permet plus de donner aucun renseignement sur quoi que ce soit ? La question n'a du reste d'importance qu'au point de vue du laps de temps qui s'est écoulé entre l'invasion de la syphilis et le début de la paralysie générale. Quoiqu'il en soit, L... est syphilitique et il a eu depuis son mariage des manifestations qu'il ne cherchait pas à cacher à sa femme et pour lesquelles il a suivi plusieurs fois le traitement ordinaire.

Il n'a jamais fait d'excès alcooliques ni d'excès de travail, il n'a jamais eu de grandes peines ni de soucis sérieux d'affaires.

En 1876, il eut une maladie des yeux de nature syphilitique qui dura deux ans. C'est vers cette époque qu'il éprouva les premiers

symptômes de la démence paralytique. Il y a donc 43 ans environ que la paralysie générale a débuté et le malade vit encore. Il est vrai qu'il est arrivé à une période très avancée de sa maladie. Les premiers symptômes qui attirèrent l'attention de la famille furent un affaiblissement très appréciable de la mémoire et un changement notable du caractère. Le malade se trompait dans ses comptes, il en vint bientôt à ne plus être capable de diriger son commerce. En même temps de normal, de doux qu'il était, il devint minutieux, exigeant, soupçonneux, irritable. On observa aussi que la parole était moins nette et qu'il y avait même de temps en temps du bégaiement.

Pendant plusieurs années, L... fut soigné chez lui, grâce à une certaine situation de fortune et grâce surtout au dévouement de ses proches. Cependant son état s'aggravait lentement. La démence s'accroissait petit à petit et les anomalies de caractère se transformaient graduellement en un véritable délire mélancolique avec exacerbations passagères, mais de plus en plus fréquentes. Il avait des préoccupations hypochondriaques, il était triste, sombre, l'idée de la syphilis le travaillait sans cesse.

Puis il s'imagina qu'il avait des ennemis, que sa femme se liguaient avec eux contre lui, qu'on voulait le faire mourir, le conduire à la guillotine.

Alors il s'emportait, faisait du scandale, allait se plaindre au commissaire de police.

Parfois, il entraînait tout à fait en fureur, brisait les meubles et frappait sa femme. D'autre fois on voulait l'empoisonner, alors il ne parlait plus, ne voulait pas se lever et restait plusieurs jours sans manger.

Cette situation se soutint pendant dix ans avec des périodes d'amélioration, pendant lesquelles il était presque raisonnable et s'occupait même un peu de ses affaires et des périodes de recrudescence pendant lesquelles complètement délirant, il était réellement dangereux pour les autres et pour lui-même. On dut finalement le faire admettre à Sainte-Anne en 1873. A noter aussi un eczéma chronique des bras et des jambes qui finit par disparaître complètement.

Il fut traité à Sainte-Anne dans le service de M. Dagonnet qui constata les symptômes suivants.

Démence, inégalité des pupilles. Embarras de la parole. Délire hypochondriaque. Récits incohérents. Anxiété. On lui donna de l'iodure de potassium et il sortit au bout d'un an environ, guéri

de son délire, mais toujours dément paralytique et avec les signes physiques habituels.

C'était en 1884, il résida tantôt à Paris, tantôt à la campagne, quand sa présence chez lui devenait trop difficile, jusqu'en 1887, A cette époque pn le plaça à l'asile de Bonneval.

Pendant ces 3 ans, il fut d'abord assez bien les premiers temps qui suivirent la sortie de Sainte-Anne, mais les troubles délirants anciens ne tardèrent pas à se reproduire : idées hypochondriaques, idées de persécution, anxiété, etc.

A Bonneval où il reste 7 mois il n'éprouva guère d'amélioration. Il arriva en demi stupeur et ne tarda pas à se réveiller et il offrit le tableau exact de paralysie générale à forme mélancolique.

Retiré par sa famille encore une fois, il fut gardé à la campagne jusqu'à ces temps derniers où on dut le ramener de nouveau à l'Asile.

Aujourd'hui c'est un paralytique général à une période avancée : Inégalité des pupilles, parole hésitante, embarrassée mal compréhensible, mouvements mal coordonnés, marche très difficile, gâtisme, excitation passagère, démence très prononcée, plus de mémoire, récits complètement incohérents, tendances mélancoliques, plaintes vagues, jamais d'idées de grandeur, mais parfois optimisme pathologique.

OBSERVATION IV. (CAMUSET) 1891.

SOMMAIRE. — *Paralysie générale ayant duré 12 ans. — Syphilis récente. Quelques excès alcooliques. Rémission ayant duré 4 ans, pendant laquelle le délire avait disparu, les signes intellectuels et physiques ayant resté stationnaires.*

Anna D... femme B..., 34 ans, lingère, entrée à l'Asile de Bonneval, le 31 mai 1877. Elle meurt le 29 mai 1889. Chez cette femme la paralysie générale a mis douze ans à évoluer et la mort a peut-être encore été hâtée par une maladie intercurrente, un cancer de l'utérus.

Avril 1877. Anna B... est une femme bien constituée, d'une taille et d'un embonpoint ordinaires. Il n'y aurait dans sa famille, ni aliéné, ni épileptique, ni paralytique. Son père qui vit encore est très rhumatisant. Elle a un enfant âgé de quelques

années qui est bien portant, elle-même n'a jamais eu de maladie grave avant ces derniers temps, mais elle est atteinte de syphilis caractérisée par des plaques muqueuses à la bouche et à la vulve, par des adénites et par quelques syphilides cutanées. D'après ces manifestations l'affection est donc récente, elle remonterait au dire des parents à dix ou douze mois. La malade a été contaminée par son mari. On signale enfin des habitudes alcooliques qui ne seraient pas anciennes.

A son arrivée, Anna B..., est en plein accès maniaque : agitation persistante avec exacerbation la nuit, hallucinations de l'ouïe et de la vue, terreurs, idées de persécution. Il est évident qu'il y a de l'intoxication alcoolique.

Juin 1877. — L'état maniaque persiste, mais l'agitation est beaucoup moins violente. Incohérence. Gâtisme.

Août 1877. — Le calme est revenu, mais l'affaiblissement des facultés intellectuelles est marqué. La malade est propre, les pupilles sont un peu inégales, la parole est embarrassée, mais par intervalle seulement et très légèrement. Ce signe important est en réalité douteux. La malade ne parle que de manger, elle demande du café, de l'eau-de-vie, des gâteaux.

Octobre 1877. — Calme. Démence. Discours enfantins. Insouciance. Indifférence. La malade ne pense pas aux siens, non plus à ses affaires personnelles. Les signes physiques sont toujours très-peu marqués. Les pupilles sont égales, la parole est lente, mais ne s'embarrasse que rarement. La langue tremble à peine. Il y a cependant dans le langage une différence marquée entre ce qu'était l'articulation des mots avant le début de la maladie et ce qu'elle est aujourd'hui.

Dans ces conditions, le diagnostic est probable, mais il n'est pas certain. On a, dès le début, administré le traitement spécifique, mercure et iodure de potassium et les manifestations syphilitiques ont disparu.

Janvier 1878. — Quelques modifications : même parler lent et quelque fois heurté et embrouillé. Les pupilles sont tantôt inégales, elles réagissent mal sous l'influence de la lumière. En outre la démarche devient lourde, embarrassée. Il n'y a ni paralysie, ni parésie partielles. L'état mental est le même : Démence, indifférence, idées enfantines, toujours les mêmes préoccupations de bien manger, de bien boire. La malade est satisfaite, contente, elle ne désire que l'eau-de-vie, du café, du chocolat, etc,

En somme, léger optimisme pathologique, mais pas d'idées orgueilleuses. Le diagnostic se confirme de plus en plus, surtout après deux congestions cérébrales, avec syncope et état demi-comateux consécutifs survenus pendant le mois de décembre. On donne toujours de l'iodure de potassium.

Janvier 1880. — Pas de changement depuis 2 ans. L'affection reste stationnaire. On constate de temps en temps des attaques congestives légères et passagères, pendant lesquelles la malade reste prostrée. La malade s'occupe un peu.

Janvier 1881. — On a constaté pendant l'année précédente plusieurs congestions cérébrales, dont l'une, d'une intensité inusitée : perte complète de connaissance pendant 24 heures et à la suite contracture des membres supérieurs. Ces congestions répétées ont peu d'action sur la marche de la paralysie générale, la malade les supporte pourrait-on dire très bien et elle se remet très vite.

Janvier 1883. — On a noté l'année dernière une certaine rémission dans les symptômes psychiques et somatiques. L'intelligence est devenue plus nette, les conceptions moins lentes parallèlement, la marche est devenue plus raffermie, l'articulation des mots plus rapide et moins embarrassée. En même temps, l'embompiment s'est exagéré.

Janvier 1887. Pendant ces quatre années de 1883 à 1885, l'état de la malade reste absolument stationnaire. On peut le définir par le court résumé des notes médicales mensuelles inscrites sur le registre officiel : affaiblissement des facultés mentales, puérilité, indifférence, idées de gourmandise, optimisme léger, signes physiques peu prononcés de la paralysie générale, de temps en temps congestions cérébrales plus ou moins intenses.

Il est peut-être à propos de noter ici que cette observation m'est personnelle. J'ai suivi la malade depuis son arrivée à l'asile jusqu'à sa mort, sinon régulièrement tout le temps, du moins sans jamais la perdre de vue. Ma relation n'est donc pas le simple relevé des notes médicales des registres de l'asile.

Il n'y a donc à relater de 1883 à 1887 qu'un statu quo persistant. Mais à partir de 1887 le tableau va changer et l'affection reprend une marche progressive.

Année 1887. La démence s'accroît, la malade devient de plus en plus indifférente et apathique.

Elle n'a pas d'initiative et ne peut se livrer à aucune occupation.

Elle ne prend plus soin de sa personne et elle est même gâteuse

parfois. Puis la faiblesse physique devient générale, mouvements lents et mal coordonnés. Les réponses deviennent difficiles et presque incohérentes. La parole lente et embarrassée ne présente cependant pas ces modifications caractéristiques à un degré en rapport avec la période avancée à laquelle en est arrivée la paralysie générale.

Année 1888. La malade maigrit beaucoup. Elle avait été jusqu'ici normalement réglée, maintenant elle a des pertes considérables. On l'examine et on constate qu'elle a un épithélioma à l'utérus. Cet épithélioma évolue très rapidement et s'ulcère bientôt. Écoulement fétide par la vulve. Enfin la malade tombe dans le marasme et elle succombe l'année suivante en mai 1889.

OBSERVATION V (personnelle)

SOMMAIRE. — *Paralysie générale datant de 10 ans. — Pas de renseignements sur les antécédents personnels et héréditaires. — Pas de rémission proprement dite, mais état stationnaire caractérisé par la présence de signes physiques et de signes intellectuels de moyenne intensité, accompagnés de quelques idées délirantes de richesses peu accusées.*

H. Alexandre, âgé de 29 ans, entré à l'asile de Villejuif le 23 décembre 1886; le diagnostic fut établi par le certificat suivant :

Est atteint de paralysie générale, idées de satisfaction, tremblement fibrillaire de la langue, pupille droite plus large, embarras de la parole. (VALLON).

28 octobre 1896. Les pupilles sont égales, très légèrement dilatées; le réflexe lumineux est nul des deux côtés; le réflexe accommodateur est conservé.

31 janvier 1891. L'examen oculaire donne les renseignements suivants : la pupille gauche réagit à la lumière et à l'accommodation; la pupille droite n'offre pas de réaction appréciable à la lumière, bien que réagissant à l'accommodation.

Le 19 mars on note une inégalité pupillaire plus accentuée.

En 1892. L'état physique est bon, comme il a du reste toujours été depuis l'entrée du malade à l'asile. La mémoire est assez bien conservée; il est enfantin, satisfait, et chaque matin nous accueille à la visite par ces mots qu'il nous dit spontanément : « Je vais

bien, je vais très bien ; un peu de diarrhée cette nuit, mais cela va mieux », et il termine par le salut militaire. Renseignements pris, le malade n'avait jamais de diarrhée pendant la nuit.

La pupille droite est toujours légèrement plus large ; elles réagissent toutes deux à la lumière.

En 1893. L'aspect, l'attitude du malade sont les mêmes ; sa tenue est correcte, il se fait même remarquer par le soin tout particulier de ses vêtements, la moindre tache le préoccupe énormément ; il nous accueille le matin avec la même phrase et le même geste qui sont notés l'année précédente. État physique excellent.

En 1894. Nous trouvons les mêmes réflexions que pour les deux années précédentes.

En 1896. Nous trouvons à l'examen les symptômes suivants :

L'état physique du malade est excellent ; il y a même un léger degré d'embonpoint. Au point de vue intellectuel la mémoire est assez bien conservée : il se rappelle exactement son âge, la durée de son temps d'internement, le mois, le jour, l'année où nous sommes, le temps qu'il avait passé à l'hôpital Laënnec immédiatement avant son entrée ici, ainsi que le nom du médecin qui l'y avait soigné.

Interrogé sur l'histoire de France, il nous donne des détails les uns exacts, les autres erronés ; en faisant la part de l'amnésie et de l'ignorance, on voit qu'ici la mémoire est affaiblie ; il dit avoir vu sa famille il y a quatre mois, tandis qu'en réalité celle-ci ne lui a pas fait visite à l'asile depuis deux ans au moins.

Les réponses sont vives, accompagnées fréquemment du salut militaire ; il termine souvent la phrase en épelant le dernier mot ; la prononciation d'un terme en appelle souvent un autre de même consonnance.

Il fait très bien une addition ; mais devant une soustraction, une multiplication, il réfléchit quelques secondes et pose la plume en disant : « Impossible, je ne peux pas », et cela sans étonnement, sans regret, avec un air presque enjoué ; ce malade ne se rend donc pas compte de sa situation, ni de son état. Il veut sortir et reprendre son travail de comptable.

Sa tenue est très correcte ; ses vêtements, dont il a un soin minutieux sont d'une propreté extrême : la moindre souillure, la moindre tache devient de sa part l'objet de réclamations très vives ; ses cheveux sont soignés. Sa cravate est toujours bien mise. Aussi est-il qualifié par les autres malades qui l'entourent du terme de : mademoiselle.

Il est irritable et fréquemment se met en colère ; cette colère est soudaine, violente, accompagnée de menaces et tombe avec la même brusquerie.

Chaque matin il accueille encore le médecin avec le même salut militaire et les mêmes expressions que les années précédentes.

Il manifeste quelques idées de richesse ; il a 60.000 francs dans son coffre. Sa vue est merveilleuse, ses dents d'une solidité remarquable, sa force physique est redoutable.

La langue présente du tremblement fibrillaire ; peu d'embarras de la parole ; quelques accrocs se renouvelant assez fréquemment dans la conversation.

Pas de tremblement fibrillaire au membre supérieur ; l'écriture n'est pas tremblée.

Les pupilles sont égales, réagissant toutes deux, quoique avec une certaine lenteur à la lumière et à l'accommodation.

Autant que nous pouvons en juger d'après les renseignements recueillis par différents observateurs et par nous-mêmes, l'état physique et intellectuel se sont très peu modifiés chez ce malade depuis son entrée à l'asile de Villejuif ; différentes lettres qu'il écrivit pendant son internement sont pour ainsi dire calquées sur le même modèle : les caractères sont restés les mêmes, les mêmes fautes d'orthographe, peu nombreuses, s'y reproduisent ; des phrases entières sont identiques, indiquant dans l'esprit du malade la persistance des mêmes préoccupations ; pour nous, depuis son entrée, l'état de ce malade est resté véritablement stationnaire.

OBSERVATION VI

SOMMAIRE. — *Paralytie générale remontant à 1875. — Hérité vésanique et nerveuse très chargée. — Pas de syphilis. — Pas d'alcoolisme bien net. — Condamnation pour vol dans un magasin. — Deux internements à Sainte-Anne. — En rémission depuis 1891.*

Charles, 40 ans, sans profession. Entré dans le service de la Clinique le 2 avril 1890.

Antécédents héréditaires. Grand'père paternel, graveur distingué ; grand'mère paternelle morte aliénée (idées de persécution à 72 ans, un an de maladie, démence finale).

Grand-père paternel étrange ; grand-mère maternelle morte paralytique générale à 60 ans, après avoir eu 17 enfants.

Père mort à 66 ans d'une affection pulmonaire (?) bon musicien, archéologue, compositeur.

Mère vivante actuellement, 72 ans, caractère autoritaire ; pleure et rit très facilement ; égoïste, hystérique.

Antécédents collatéraux. Tante maternelle épileptique.

Antécédents personnels. Pas de maladie pendant l'enfance. Fils unique. Intelligence moyenne ; (paraît avoir eu une certaine disposition pour le dessin). Marié à 28 ans, pas d'enfants.

Pas de syphilis, pas d'alcoolisme.

Début des troubles mentaux remonte à 1887 et paraît avoir été caractérisé par des idées ambitieuses.

En 1889, pertes de connaissance, bégaiement, diminution de la mémoire, état congestif du cerveau. -

A cette époque le malade est condamné à six mois de prison pour vol dans un magasin et transféré à la prison de la grande Roquette.

Au bout de trois mois de détention, le malade est soumis à un examen médical à la suite duquel le docteur Garnier formule le certificat suivant :

« Paralyisie générale au début. Affaiblissement des facultés intellectuelles. Il gagne 30.000 fr. par jour, sa famille est « excessivement riche. Embarras de la parole. Rétrécissement « des pupilles. »

On le conduit alors à Sainte-Anne où le docteur Rouillard donne de son côté un certificat analogue.

« Paralyisie générale et idées de grandeur à forme démente. « Tremblement fibrillaire de la langue. Embarras de la parole « très prononcé. »

Après quelques mois de séjour à l'Asile, C... ayant subi une amélioration notable est mis en liberté.

Mais au bout de peu de temps et peut-être sous l'influence d'excès alcooliques, il est repris d'accidents qui nécessitent son réinternement, et le docteur Magnan rédige un nouveau certificat ainsi conçu :

« Paralyisie générale avec apathie, indifférence ; nulle conscience « de sa situation. Hésitation de la parole. » (16 mars 1891).

La femme du malade qui avait été condamnée comme complice dans le vol commis par son mari en 1880, raconte alors que C... avait eu plusieurs fois des absences (?) à la suite desquelles

il bégayait et perdait complètement le souvenir de ses affaires.

Elle ajoute que depuis un an elle avait constaté chez son mari une-frigidité génitale complète.

Au mois de mai 1891, C. . qui était alité, gâteux, ne parlant plus du tout et répondant à peine aux questions qu'on lui pose, est atteinte à la cuisse droite d'un abcès qui suppure pendant quatre ou cinq mois. A la suite de cet accès le malade entre en rémission et ne présente plus alors que quelques troubles de la parole et quelques vagues idées ambitieuses.

Son intelligence est affaiblie, mais il calcule encore à peu près et écrit des lettres assez correctes. De plus il s'occupe un peu dans l'Asile.

En 1894, l'état du malade est le même. Il a encore des idées de satisfaction, la parole hésitante et redoublée.

L'examen des yeux donne les résultats suivants : Muscles extrinsèques normaux ; pupilles légèrement inégales, gauche plus petite. (Réflexe accomodateur conservé).

Réflexe lumineux aboli à droite.

A gauche, sous l'influence d'une très vive lumière la pupille se contracte faiblement un instant puis se relâche aussitôt.

Au dyanomètre, la main droite marque 31. et la gauche 27.

En 1896 (6 juillet) l'état de C. . peut se résumer ainsi qu'il suit :

Etat physique. — Muscles extrinsèques de l'œil normaux.

Inégalité pupillaire accrue par dilatation de la pupille droite.

Réflexe lumineux aboli à droite, extrêmement faible à gauche.

Réflexe accomodateur conservé.

Parole embarrassée ; hésitation fréquente ; parole redoublée parfois, principalement dans la prononciation des mots longs.

Contraction du muscle frontal au moment de l'élocution et tremblement fibrillaire dans les muscles péri-buccaux.

Tremblement de la langue,

Signe de Westphall.

Signe de Pomberg (peu accentué).

Pas de signes du commandement : la démarche est parfois un peu incertaine, mais ne présente rien de caractéristique.

Sensibilité à la piqure et au pincement diminuée notablement aux membres inférieurs.

Au dynamomètre, main droite : 29, main gauche : 23.

Etat mental. — Sait l'année, le mois, le jour et se rend compte de l'endroit où il se trouve.

Lit sans intelligence ; ne peut rendre compte de ce qu'il a lu et manifeste en lisant des troubles de la parole très-accusés, consistant en un échappement syllabique fréquent. Ecriture normale.

Calcul bon pour l'addition et la soustraction, inexact pour les autres opérations.

En résumé, le malade est un peu affaibli intellectuellement et présente une diminution de la mémoire en général mais peu accusée.

Il est actuellement en rémission au point de vue mental et ne présente aucun délire : à peine manifeste-t-il par intervalle un très léger optimisme morbide.

Dans le service, il est calme et fait preuve de docilité. Bonne alimentation ; pas de troubles sphinctériens actuels.

OBSERVATION VII (personnelle).

SOMMAIRE. — *Paralysie générale ayant débuté en 1887 par une amaurose progressive suivie de légers troubles mentaux qui n'ont motivé l'internement qu'en 1892. — Diagnostic très net dès le début. — Pas d'ictus. — Pas de rémission notable depuis l'entrée à l'asile.*

A... F... 45 ans entre dans le service de M. le professeur Joffroy le 24 mai 1892.

Antécédents héréditaires. — Rien de saillant au point de vue qui nous occupe. On note seulement une mère névralgique et une sœur bizarre.

Antécédents personnels. — Marié depuis 12 ans, il a eu une fille âgée aujourd'hui de 12 ans et bien portante, un garçon qui est mort du croup à l'âge de 3 ans. Sa femme a fait 2 fausses couches au début du mariage. Epistaxis fréquentes de 7 à 14 ans.

Le malade ancien ingénieur était considéré comme très intelligent. Pas d'alcoolisme ? Pas de renseignements sur la syphilis

En 1887, le malade se plaint de céphalées violentes avec amblyopie progressive qui aboutit en 18 mois à une cécité complète. A la suite de cet accident, sa femme s'est aperçue d'un changement dans son caractère.

A... devenait grossier et violent avec accès de colère non motivée de plus en plus fréquents.

Le sommeil était agité et le malade se plaignait souvent d'engourdissements dans les bras.

Pas de troubles dans la vie génitale. En 1891, le malade a commençé à délirer en même temps qu'il perdait peu à peu la mémoire. Il manifestait d'abord des idées confuses de persécution : on voulait sa tête, on voulait le saigner, on allait tuer ses amis et il ajoutait qu'il voulait partir parce qu'il perdait 100.000 francs par jour. Déjà chez lui l'entourage avait remarqué les troubles de la parole, pas d'ictus constatés.

Le 20 mai 1892, A..., entre à l'infirmerie spéciale où M. Garnier fait le certificat suivant : « Paralytie générale ayant débuté il y a 5 ou 6 ans par une atrophie pupillaire, ayant abouti un an après à une cécité absolue. Depuis un an, altérations des facultés intellectuelles et morales et apparition d'idées délirantes de persécution et de grandeur « délire d'énormité ». Il a quatre-vingt milliards, il a inventé un four crématoire ambulante qui permet à toute la population d'assister à l'incinération des cadavres. Embarras de la parole. Excitation génésique avec propos érotiques, inconscience de sa situation ».

Le certificat de M. Pactet conclut également au même diagnostic.

En juin 1892, l'examen donne les renseignements suivants :

Etat physique. Pupilles inégales, gauche plus large ; réflexes lumineux abolis. Amaurose, quelques accrocs de la parole. Réflexes rotuliens exagérés à droite ; normaux à gauche. Pas de signe de Romberg.

Etat mental. Il a soixante milliards de propriétés, une tour Eiffel de trois cents milliards. Il est général en chef, grand-cordon de la Légion d'honneur, c'est lui qui remplacera Carnot. Il est fort il soulève 10.000 kilos. Il est fou, il a la folie de Gill.

Le 11 mai 1893. « Nous avons pour voisins la marquise de Sévigné et ses filles, en face, le marquis de Carabas. Son grand-père lui a laissé 500.000 francs, puis 3 millions. Il gagnera 5 ou 60 milliards par an. Il est duc de Mouchy, duc de Morny, il est maréchal et s'habille en Napoléon. Il a été 8 jours député, 6 semaines sénateur. Il est avocat de naissance et a ses diplômes de médecin. Il a mangé un jour 6 pains de 4 livres et 25 poulets. Il peut boire 100 et 1.000 bouteilles de champagne ».

Absence absolue de sens moral. Sa femme et sa fille ont été violées ici. Sa femme est une vache, une putain, etc.; elle était la maîtresse de d'Artagnan sans le prévenir. L'examen des yeux

révèle les détails suivants : muscles extrinsèques normaux, pupilles inégales, gauche plus large, réflexes lumineux abolis, papilles décolorées (examen exact impossible).

1^{er} décembre 1894. Le malade est presque toujours agité, parfois violent et brutal. On est obligé de le maintenir en cellule. Très grossier dans ses expressions, incohérent dans ses phrases.

Porte toujours un bandeau sur les yeux et ne veut pas qu'on le lui enlève.

1^{er} janvier 1896. Surexcitation très vive et contusions multiples que se fait le malade en se heurtant contre les parois de la cellule.

Juin 1896. Pupilles inégales, gauche plus large, absence de réflexes lumineux. Cécité complète. Parole embarrassée. Réflexes tendineux conservés, les réflexes patellaires sont exagérés. Démence très accusée avec idées de grandeur mobiles, multiples et incohérentes : il est le fils du ciel, il est milliardaire, etc...

OBSERVATION VIII (personnel).

SOMMAIRE. — *Paralysie générale datant de 8 ans, syphilis il y a 15 ans, pas d'alcoolisme, pas d'antécédents héréditaires vésaniques ou nerveux. — Rémission datant de 6 ans. — Actuellement signes physiques et psychiques de paralysie générale.*

Georges S..., 34 ans, clerc de notaire, entré dans le service de la clinique le 6 décembre 1888.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 80 ans, mère morte à 65 ans.

Antécédents personnels. — Syphilis il y a 15 ans, s'est marié à 25 ans étant déjà syphilitique avec une fille de brasserie. Il n'en a jamais eu d'enfant. Il a eu un frère qui est mort à 20 ans de fièvre typhoïde et une sœur âgée de 59 ans, vivante encore actuellement.

Après son mariage, il a dilapidé en deux ans une fortune de 80.000 fr. Jamais il n'a fait d'excès alcooliques. En 1888, il tombe malade et se fait soigner à l'hôpital Lariboisière où on le garde pendant trois mois. Durant cette période, il présente du délire des grandeurs et des signes physiques tels que l'embarras de la parole et le tremblement fibrillaire de la langue, qui permettent

d'affirmer le diagnostic de paralysie générale. On le transporte ensuite à Sainte-Anne, où l'on constate un affaiblissement physique et psychique des plus accentués ; Le malade est gâteux et présente des eschares au sacrum, mais les idées de grandeur qu'il avait au moment de son entrée à Lariboisière n'existent plus.

Le docteur Rouillard, chef de clinique, formule alors le certificat suivant (6 décembre 1888).

« Paralysie générale à forme démente, séjour de 3 mois à Lariboisière, où il a présenté du délire des grandeurs et des eschares. Embarras de la parole. Tremblement fibrillaire de la langue. Pas de conceptions délirantes actuellement. »

Après son entrée à l'asile, le malade reste pendant un certain temps dans un état stationnaire ; puis, les symptômes s'amendent et il se remet assez rapidement. Il reste dans le service où on l'emploie pour faire quelques courses, et jusqu'en 1894, son état n'offre rien de spécial à signaler. A cette époque (janvier 1895), M le professeur Joffroy, voulant faire de ce malade l'objet d'une de ses cliniques, un nouvel examen est pratiqué dont voici le résultat :

État physique. — pupilles inégales, insensibles à la lumière, gauche plus grande. Embarras de la parole peu marqué et portant principalement sur les labiales. Tremblement des lèvres au moment de l'articulation des mots, tous les réflexes paraissent exaspérés.

État psychique. — C'est un dément par certains de ses jugements, ses rires niais, ses paroles enfantines, l'expression de sa physionomie et son accentuation, qui ne sont pas tout à fait en accord avec ce qu'il dit et ce qu'il pense. Mais analytiquement, il est plus difficile de mettre cette démence en lumière : le malade, en effet, cause avec assez de bon sens, il lit correctement et écrit bien, sa mémoire est bien conservée ; il donne exactement les dates de sa naissance et de son entrée à Sainte-Anne, la date du jour actuel, les numéros des chambres qu'il a habitées à l'Asile. Lecteur de journaux, il se souvient des faits intéressants de la dernière semaine. Pendant que l'interne examine ses yeux, il lui dit : « mes pupilles sont égales ». Il ajoute encore qu'on a examiné ses urines et qu'elle ne contiennent pas d'albumine. En somme, le malade se trouve dans un état de rémission datant presque du début de son entrée à l'Asile, et cependant les signes physiques qu'il présente ne permettent pas d'hésiter à porter le diagnostic de paralysie générale.

De janvier 1895 à juillet 1896, l'état du malade semble plutôt s'aggraver au point de vue intellectuel et le tableau clinique à ce moment peut se résumer de la façon suivante :

Etat physique. Pupilles égales, reflexe lumineux aboli, accommodation normale. Parfois, mais rarement, légère hésitation de la parole ; tremblement de l'orbiculaire des lèvres au moment de l'élocution ; rapidité du débit, tremblement de la langue. Reflexes tendineux patellaires exagérés.

Sensibilité diminuée aux membres inférieurs. Pas de troubles du côté des sphincters.

Etat psychique. Optimisme : est enchanté de son séjour à l'Asile et se trouve parfaitement heureux. Se rend un compte tout à fait inexact de sa situation et se montre assez affaibli intellectuellement ; la lecture, l'écriture et le calcul indiquent la diminution générale de la mémoire et du jugement (juillet 1896).

OBSERVATION IX (Personnelle).

SOMMAIRE. — *Paralysie générale dont le début remonte à 1888.*

— *Excès alcooliques.* — *Syphilis.* — *Embarras de la parole.* — *Séjour à l'Asile depuis 8 ans.* — *Pas d'ictus.* — *Pas de rémission.*

B... Charles, 37 ans, employé d'assurances, entré à l'Asile de Villejuif le 6 juin 1888, accompagné des certificats suivants :

1^o Paralysie générale. Excitation. Inégalité pupillaire. Accrocs dans la parole. Idées de satisfaction et de richesses. Violence.

Signé : docteur LEGRAS.

2^o Paralysie générale avec idées ambitieuses incohérentes. Hésitation de la parole. Inégalité pupillaire.

Signé : docteur MAGNAN.

A Villejuif, B... présente des signes non équivoques de paralysie générale et M. le docteur Vallon n'hésite pas à formuler ce diagnostic.

Les renseignements donnés par la famille bien qu'incomplets, nous apprennent que B... n'a jamais fait de maladie grave pendant son enfance. Il aurait eu cependant une diphtérie à 5 ans. D'une intelligence moyenne, il fit son service militaire à la frontière de Suisse et commit à ce moment de nombreux excès de boissons, principalement d'eau-de-vie de marc.

Il contracta la syphilis et fut soigné à l'infirmerie régimentaire pour un chancre dont on constate encore la cicatrice. Plus tard, chute des cheveux qu'il attribue au port du casque. Une fois libéré, il rentre dans les assurances et continue ses excès alcooliques. Marié à 29 ans, il devient au dire de sa femme sobre et rangé.

En 1883, il aurait éprouvé une émotion violente à la vue d'un accident survenu à son beau frère dont la tête fut écrasé par une voiture.

A partir de ce moment surviennent des modifications importantes dans son caractère. Il prend beaucoup plus à cœur que de coutume sa besogne journalière, et grossit les responsabilités qu'il encourt à la compagnie d'assurance, devient inquiet et chagrin.

En 1888, B... va dîner dans un restaurant en compagnie d'une maîtresse et au moment de payer la note, ils aperçoivent qu'il n'avait pas d'argent dans sa poche. C'est ce qui a motivé son arrestation.

On constate au moment de l'entrée des signes physiques très nets. Les pupilles sont inégales, la gauche est très rétrécie. L'embaras de la parole est très prononcé, c'est un véritable bredouillement. La langue et les muscles de la face sont animés de tremblement fibrillaire. Très agité au moment de son entrée, il se calme assez rapidement et peut rendre quelques services dans l'Asile.

Son état reste stationnaire et peut actuellement se résumer de la façon suivante :

Les signes physiques sont toujours les mêmes. Le bredouillement est tellement intense que son langage est absolument incompréhensible. La mémoire ne paraît pas notablement affaiblie. Le malade se rappelle son âge, la date de son entrée à l'Asile.

Il fait sans difficulté certaines opérations élémentaires de calcul telles qu'une addition, une soustraction et une multiplication, mais fait de nombreuses erreurs dans la division.

Il manifeste quelques idées ambitieuses. Son père a de la fortune, mais lui non. Il paraît avoir une complète inconscience de sa situation. Très glouton, il n'est préoccupé que de l'heure des repas.

Pas d'ictus. Gâtisme par intervalle.

OBSERVATION X

SOMMAIRE. — Absence de renseignements. — Paralyse générale constatée en 1888. — Marche progressive des signes paralytiques sans rémission ; actuellement paralyse générale à la 3^e période.

W... Nicolas, 53 ans, entré dans le service de M. Vallon le 8 janvier 1896.

Antécédents héréditaires. — Pas de renseignements.

Antécédents personnels. — Pas de renseignements.

A l'entrée le certificat immédiat porte le diagnostic suivant :

8 février. Est atteint de paralyse générale avec idées incohérentes de satisfaction. Embarras de la parole. Pupilles resserrées et inégales.

23 février. Est atteint de paralyse générale. Optimisme morbide. Nulle conscience de sa situation. Embarras de la parole. Tremblement des mains et de la langue.

Le 26 juin 1896, le malade présente l'état suivant (8 ans après le début de l'affection).

Etat mental. Il manifeste en riant avec une satisfaction béate quelques conceptions ambitieuses. Il a 500 maisons à Paris qui lui rapportent 15 millions.

La mémoire est affaiblie. Il existe un défaut d'attention notable. Il est très fort, rit béatement en nous serrant la main ou en nous montrant le poing comme pour montrer sa grande force.

Il a les poches pleines de boutons qu'il ramasse partout.

Pendant l'interrogatoire il exécute machinalement des mouvements de forme athétosique des doigts qu'il parvient cependant à arrêter lorsqu'on le lui demande.

Etat physique. — Embarras très considérable de la parole, bredouillements incompréhensibles. Cependant avec beaucoup d'attention on arrive à deviner certains mots dont il parvient à prononcer les premières syllabes, les dernières dans un bredouillement inintelligible. Pupille droite un peu plus large :

Aucune réaction à la lumière ni à l'accommodation.

Tremblement fibrillaire de la langue. Réflexes rotuliens exagérés. Pas de trépidation épileptoïde. Démarche normale. Les jambes traînent un peu, paraissent légèrement affaiblies. Gâtisme complet depuis 2 ans.

OBSERVATION XI (personnelle).

SOMMAIRE. — *Paralysie générale datant de 7 ans. — Pas d'alcoolisme. — Pas de syphilis. — Surmenage. — Rémission datant de deux ans. — Actuellement signes peu accentués de paralysie générale.*

Louis Paul G..., entre à l'asile de Villejuif le 13 juin 1893 après avoir passé à Sainte-Anne.

Le certificat de M. Dagonet est ainsi conçu :

« Paralysie générale, affaiblissement psychique, idées de « richesse, inégalité pupillaire ».

M. Vallon porte aussi le même diagnostic.

Antécédents héréditaires. — G... est un enfant naturel. Son père qui a près de 84 ans, vit encore et se porte très bien.

Sa mère est morte à la Salpêtrière à l'âge de 33 ans. Il n'a ni frères ni sœurs.

Antécédents personnels. — Agé aujourd'hui de 40 ans, G... a été recueilli à la mort de sa mère par une famille charitable qui l'a élevé. Il entre à 9 ans chez les frères de Saint-Nicolas où il reçoit une bonne instruction. Il arrive à être architecte et travaille pour son compte. Marié depuis une dizaine d'années, G... n'a jamais eu d'enfants. Sa femme âgée de 34 ans se porte bien. Jamais de fausses couches.

A part une éruption au menton qui aurait été soignée par des pilules, G..., n'aurait jamais été malade. Pas de syphilis. G..., n'a jamais été un buveur : il buvait à peine sa bouteille de vin à chaque repas et jamais entre les repas. Par contre il a fait de grands excès de travail, dormait à peine 6 heures par jour. Préoccupations continuelles de ses affaires.

Histoire de la maladie. — Le début de l'affection remonterait à 1889, G..., disait faire des affaires immenses. Il avait des entreprises de cent ou deux cent mille francs. Plus tard, actes déraisonnables. G..., allait dans les restaurants sans payer, se faisait conduire en voiture des heures entières sans avoir de l'argent sur lui.

Au commencement de l'année 1892, il découchait souvent : ne savait plus ce qu'il faisait.

Dans le courant du mois de juin, il va déjeuner dans un res-

taurant, mais ne voulant pas payer son déjeuner, il se fait arrêter et conduire chez le commissaire de police. Quelques jours après, passé en jugement pour escroquerie, il est condamné à deux mois de prison. Mais il est bientôt reconnu aliéné et conduit à l'infirmerie du Dépôt et de là à Sainte-Anne.

A son entrée à Villejuif, G... est en proie à un délire ambitieux bien caractérisé : il gagne 60.000 fr. (en réalité 300 à 350 fr. par mois). Son père est un ancien sous-préfet. Il est le créateur du ciel et de la terre.

Son père a 250 millions, il doit avec son associé P... transformer Londres.

Inégalité pupillaire, embarras de la parole.

A Villejuif G... a subi fréquemment des alternatives d'excitation et de calme. Ses idées ambitieuses ont beaucoup varié pendant la durée de sa maladie. Une seule idée est restée constamment la même pendant plusieurs mois. Il la répétait souvent et y tenait pour ainsi dire.

Le 5 septembre prochain, disait-il, il y aura un déluge. Son père qui est Dieu va ouvrir les grands robinets qui sont là-haut et il ajoutait :

Mon père a sept ou huit cents ans, Il est Dieu mais je ne suis pas Jésus-Christ. Jésus était fils de Joseph le charpentier et il a dit qu'il était le fils de Dieu pour monter le coup aux Juifs. La sainte Vierge est une blague. Son père a fait sa mère avec une côte. Il l'a rendue folle et elle est morte à la Salpêtrière, et il s'écriait : « Drôle de famille ! »

Au milieu de ce délire multiple incohérent et mobile, l'idée qu'un déluge devait avoir lieu le 5 septembre s'est conservée intacte pendant plusieurs mois.

Pendant toute cette période G... n'a jamais eu d'ictus.

Au mois de janvier 1894 G... est entré dans une période de calme. Il a abandonné petit à petit toutes ces idées délirantes, la mémoire lui est revenue graduellement, la parole devenait plus aisée. G... entrait en un mot dans une rémission presque complète qui lui permettait de se mettre au travail.

G... se rend bien compte qu'il a traversé une longue période délirante « Je ne crois pas un mot, nous dit-il, de toutes les bêtises que je vous ai racontées ; j'avais eu la tête tournée par les potions qu'on m'avait données à Sainte-Anne. M. G... est bien mon père. Il n'est pas Dieu. C'est une plaisanterie. »

Aujourd'hui G... est encore dans cette période de rémission qui dure depuis le mois de février 1894.

Il n'a plus aucune idée délirante ; mais il garde encore une légère marque de son affaiblissement intellectuel. Il reste niais, enfantin, sensible. Il pleure facilement dès qu'on le contrarie ou qu'on lui refuse quelque chose, un pot de lait par exemple. Il est mobile dans ses volontés et demande à changer de travail à chaque instant.

L'embarras de la parole a presque complètement disparu. Dans les grandes conversations on remarque cependant quelques hésitations. La langue exécute encore des mouvements ataxiques et est animée de tremblement fibrillaire très net. Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Réflexes rotuliens et des poignets exagérés.

CHAPITRE III

Revue critique des observations et étude de la période de rémission.

La lecture des observations précédentes nous permet de distinguer deux catégories de faits qui nous semblent distincts : les uns qui rentrent dans la description générale que nous avons faite avant l'exposé des observations de la paralysie générale à rémission. Les autres chez lesquels cette période de rémission nous a paru faire défaut et qui se présentent à nous comme ayant évolué uniquement pendant une longue période sans passer par des phases d'augmentation et de déclin successives.

Autrement dit l'ensemble des faits que nous rapportons nous paraissent devoir se diviser de la façon suivante :

Faits de paralysie générale où la rémission fait totalement défaut.

Faits de paralysie générale à rémission incomplète et partielle.

Faits de paralysie générale où la rémission paraît totale et complète.

Dans la première catégorie des faits envisagés la marche de l'affection nous a paru se comporter de la façon suivante :

Le début a été lent et progressif et n'a pas été marqué par l'apparition d'un délire de richesse ou d'ambitions démesurées, fertile d'ordinaire pour le malade en

incidents qui le conduisent de bonne heure à l'internement.

C'est au contraire par un affaiblissement léger de la mémoire et des facultés intellectuelles qu'il se signale à l'attention de son entourage, il néglige ses occupations habituelles, a des modifications légères dans le caractère qui le rendent plus irritable et plus ou moins tôt, présente un embarras de la parole qui ne tarde pas à être remarqué des personnes avec lesquelles il vit. A cela se joint d'ordinaire un léger degré d'optimisme, une tendance assez nettes aux idées de satisfaction ; ce malade présente des idées délirantes qui sont le plus souvent des idées de grandeur et de richesse et rarement des idées mélancoliques. Ces idées délirantes ne se présentent pas avec les caractères de multiplicité, d'intensité, de variabilité que l'on peut remarquer chez les malades à rémission pendant les périodes délirantes qui marque l'exacerbation de leur maladie mais en revanche elles nous ont paru montrer une persistance remarquable et continuer d'exister pendant la période d'état. Cette période d'état est atteinte au bout d'un temps plus ou moins long par la progression régulière des symptômes du début, qui présentent une certaine variété dans leur importance respective. Ou bien en signes physiques dominant comme dans l'observation IX dans lequel le malade présentait un embarras de la parole tel que son langage était presque incompréhensible, tantôt il n'existe que quelques accrocs dans la parole avec inégalité pupillaire mais en revanche on trouve des signes intellectuels très nets, faciles à mettre en lumière, dominant pour ainsi dire l'ensemble du processus : tel le malade de l'observation V. Quant aux idées délirantes, il est possible qu'elles se montrent pendant toute la durée de la maladie, atténuées il est vrai, c'est sous cet aspect de faible ou de moyenne intensité qu'elles se montrent

dans deux de nos observations. Dans une troisième au contraire elles sont dominantes et, par leur richesse, leur multiplicité donnent au malade en aspect semblable à celui d'un remittent dans sa phase délirante et qu'avec les autres symptômes intellectuels et physiques elles constituent l'ensemble de la période d'état.

Déjà la présence des trois ordres des symptômes physiques intellectuels et délirants nous permet d'opposer cette particularité dans la marche.

Nous pouvons constater en lisant l'observation V ; l'examen du malade pratiqué à différents intervalles nous le montre exactement le même sans qu'aucun des symptômes, soit physiques, soit intellectuels aient ni progressé ni subi une amélioration sensible ; il est à noter également que les légères idées de grandeur et de richesse qu'il avait au moment de son entrée sont également restées les mêmes, quoiqu'elles aient été légères au début ; même marche dans l'observation VII, ici les idées délirantes de grandeur étaient très accusées, elles auraient pu au début de la maladie, faire espérer une rémission ; nous les voyons au contraire persister pendant toute la durée de la maladie, ne présentant que des variations insignifiantes.

On ne trouve en effet dans ces quelques observations rien qui ressemble à une rémission véritable, à une atténuation dans les symptômes ; ces derniers ne progressent plus il est vrai, mais ils restent dans le *statu quo* durant des mois et des années sans qu'une différence de presque trois ans comme dans l'observation V, se traduise par un affaiblissement plus marqué de l'intelligence, par une accentuation même légère dans les troubles moteurs ; mais si les vrais symptômes de la paralysie générale ne progressent pas, il ne rétrocedent pas non plus, ni ne subissent aucune amélioration.

Ces malades semblent fixés d'une façon définitive et irré-

médiabie dans le degré d'affaiblissement intellectuel qu'ils ont graduellement et plus ou moins vite atteint, comme si la ou les causes qui ont frappé de mort une partie des éléments nobles ou parenchymateux de l'organe avaient à un moment donné de leur évolution, cessé d'agir, laissant après elle un trouble définitif dans l'intelligence lié à une lésion irréparable ; nous ne voulons pas dire qu'il en soit réellement ainsi : causes et lésions de la paralysie générale sont encore trop discutées pour que nous puissions émettre une semblable proposition, mais nous l'émettons pour mieux traduire l'impression que nous ont donnée ces cas anormaux pendant les plusieurs années où ils étaient soumis à une observation quotidienne.

A côté de ces cas relativement rares dont nous venons de donner la description, il en est d'autres plus nombreux où la longue durée de l'affection repose sur l'atténuation des symptômes morbides pendant un temps plus ou moins long ; ces rémissions donnent à cette forme de paralysie générale qui nous occupe un intérêt considérable car elles viennent compliquer singulièrement le diagnostic, posent le problème, actuellement encore insoluble de la guérison de la paralysie générale et constituent la partie la plus intéressante du chapitre médico-légal de cette affection ; aussi méritent-elles de nous arrêter quelques instants.

Nous ne parlerons pas des rémissions de courte durée, ne durant que quelques heures à quelques jours, que Mendel dit, dans son livre sur la paralysie générale avoir assez fréquemment observé ; ces malades que l'on trouve le matin en pleine poussée délirante ou sous le coup d'une dépression mélancolique de moyenne intensité, et qui le soir même sont redevenus calmes, enjoués, désavouant leurs idées de richesse ou leurs autoaccusations, ne sauraient nous arrêter longtemps ; du reste ces rémissions n'ayant aucun rapport avec une longue durée de la mala-

die, ne peuvent ici trouver leur description, et nous nous hâterons de passer à l'étude des véritables rémissions dans la paralysie générale.

Elles ont été divisées en rémissions dans les formes délirantes, et en rémissions dans les formes démentes de la paralysie générale, les premières dues à la disparition des troubles vésaniques, les secondes dues à une atténuation dans les symptômes moteurs ; dans l'une et l'autre forme on les a divisées en rémissions complètes, ou mieux en rémissions partielles et totales ; c'est compris de cette seconde manière que nous voulons en donner l'exposé.

Dans les rémissions partielles on observe la persistance ou bien des troubles moteurs seuls (embarras de la parole, tremblement fibrillaire et affaiblissement musculaire, troubles oculaires) ou bien des troubles intellectuels seuls (affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire, troubles du caractère).

Dans le premier cas l'intelligence paraît intacte, la mémoire ne paraît pas affaiblie ; le malade se rappelle les divers événements de sa vie passée, les expose d'une façon qui paraît parfaite en donnant la date exacte de chacun d'eux ; il se rappelle les diverses circonstances de la période malade qu'il vient de traverser, ses idées délirantes, les sottises ou les absurdités qu'il a commises et reconnaît avoir été sous le coup d'une affection cérébrale dont il ne peut s'expliquer la cause et dont il se croit guéri.

Mais ce que ne peut révéler l'examen du malade lui-même, des renseignements complémentaires vont nous l'apprendre si l'on interroge ses amis, sa famille, son entourage avec le soin désirable ; on apprendra ainsi que ses actions, ses pensées, les faits de sa vie commerciale ou industrielle ne sont plus ce qu'ils étaient auparavant ;

il est devenu apathique, indifférent aux choses qui autrefois l'intéressaient ; en un mot : intellectuellement le malade ne suffit plus à sa tâche. Dans cette forme de rémissions, alors même que le malade paraît être normal, l'altération du réflexe pupillaire, l'achoppement des syllabes, une certaine faiblesse dans les membres que l'on pourra constater au dynamomètre seront les indices persistants de la maladie.

Dans une seconde série de cas, les troubles moteurs, embarras de la parole, faiblesse des membres, signes pupillaires ont totalement disparu ; le malade écrit une lettre de forme irréprochable et vague à toutes ses occupations sans ressentir une plus grande fatigue qu'autrefois ; mais en revanche la mémoire est affaiblie, et cet affaiblissement comme cela se voit au début de la péri-encéphalite portera surtout sur les faits nouveaux, le souvenir des faits anciens persistant intacte, et si ce malade devient inactif, se refuse aux affaires, ne veut plus quitter le fauteuil où il repose toute la journée, c'est que sa faiblesse psychique ne peut faire les frais d'une activité même modérée.

Enfin dans un troisième ordre de faits, signes intellectuels et signes physiques font défaut ou du moins l'examen le plus minutieux ne permet pas d'en révéler l'existence. Dans ces sortes de cas le médecin doit se tenir sur une prudente réserve car il a pour devoir de craindre une réapparition des symptômes morbides. Mais si rien pendant plusieurs mois, pendant plusieurs années même, n'est venu troubler la quiétude du malade, un nouveau problème qui se présente à son esprit est celui de la guérison réelle.

Ces cas où le malade a pu reprendre ses occupations de la vie ordinaire sans commettre médicalement parlant, aucune faute représentent-ils des guérisons réelles ou bien des rémissions très accusées ?

Si le médecin ne trouve pas dans des examens minutieux et fréquemment répétés du malade des raisons qui viennent dissiper son incertitude il ne peut guère espérer trouver dans les quelques cas analogues cités par les auteurs des faits capables de l'éclairer ; à l'exception de quelques aliénistes croyant à la possibilité de la guérison, la plupart reste dans le doute et considèrent que si la chose peut exister, elle est exceptionnellement rare.

Baillarger croyait que la paralysie générale pouvait guérir. MM. Magnan et Sérieux à l'appui de cette opinion, rapportent deux faits nouveaux de guérison ; dans l'un de ces cas après des signes indubitables de méningo-encéphalite chronique, la guérison se maintient depuis onze ans. M. le docteur Vallon nous a dit avoir observé un cas semblable.

Bien qu'il existe quelques autres observations dans la littérature médicale, une prudente réserve s'impose et nous citerons l'opinion de Mendel qui sans considérer la paralysie générale comme une maladie inguérissable croit que beaucoup de cas de guérison cités n'en sont pas dans le sens absolu du mot mais constituent des rémissions très accusées et conclut avec Sauze que l'intelligence ne peut jamais revenir *ad integrum*.

La durée des rémissions varie de 3 à 6 mois en moyenne ; elle est interrompue par l'apparition d'idées mélancoliques ou hypocondriaques, où, plus fréquemment, d'un état maniaque avec idées délirantes de grandeur ; dans d'autres cas, l'affaiblissement intellectuel progresse pendant la phase de rémission et aboutit à la démence sans que les idées délirantes reparassent ; quelque fois une attaque épileptiforme ou apoplectiforme est le signal d'une nouvelle explosion délirante, ou bien amène rapidement la mort.

Il peut y avoir un nombre considérable de rémis-

sions : rappelons le cas de Lunier qui en eut une dizaine environ.

Nous avons dit que la durée moyenne des rémissions était de 6 mois ; mais des durées plus longues ont été signalées par les auteurs ; Baillarger en rapporte une de 2 ans et plus ; Legrand du Saule a observé la rechute 4 fois après 10 à 11 mois, 1 fois après 18 mois, 1 fois après 3 ans. Doutrebente rapporte des rémissions ayant duré 7 ans et 10 ans. Ideler un cas de 10 ans et Lasègue un cas de 25 ans. Mendel a observé des rémissions de 3 ans.

Dans nos observations, nous trouvons une rémission de 5 ans pour la première, de 4 ans pour la quatrième, de 5 ans pour la sixième, de 6 ans pour la huitième et de 2 ans pour la onzième.

CHAPITRE IV

Rôle des différents facteurs étiologiques, anatomiques et cliniques, dans les paralysies générales à longue durée.

Cette question de la paralysie générale à longue durée, a depuis qu'elle est connue préoccupé beaucoup les aliénistes, car les rémissions plus ou moins prolongées qu'on observe pendant quelques mois et même plusieurs années ne paraissent pas constituer seulement une simple variation dans l'intensité des symptômes et la durée de la maladie, mais tendant à faire admettre chez les malades qui en sont porteurs des différences essentielles et fondamentales.

La guérison peut-être possible du malade qui en est atteint achève de leur donner une importance extrême. Pour connaître leur nature et consacrer d'une façon fondamentale leur individualité, c'est dans l'ensemble du déterminisme morbide que les auteurs se sont efforcés d'en trouver les différentes raisons.

M. le docteur Lionet, dans sa thèse intitulée : « des variétés de la paralysie générale dans leur rapport avec la pathogénie, après avoir établi l'influence réelle de l'hérédité dans la production de la paralysie générale et démontré que cette influence suffit à elle seule dans certains cas pour déterminer la maladie, arrive aux conclusions suivantes :

Les rémissions vraies et de longues durées ainsi que les longues périodes prodromiques sont l'apanage des paraly-

tiques généraux d'origine vésanique ; la durée de la maladie varie entre 10, 12 et 15 ans.

M. Doutrebente partage la même opinion : lorsque la paralysie générale se développe chez les individus entachés d'hérédité vésanique, elle prend une marche chronique remittente qui leur permet de vivre 10, 12, 15 et 20 ans.

A cela nous pouvons répondre que si semblable opinion renferme en effet une grande part de la vérité, elle ne semble pas à l'heure actuelle exempte de toute critique car il lui faudrait à notre avis réunir les conditions suivantes :

L'hérédité est constante dans les cas de longue durée ; elle ne fait jamais défaut.

Elle est seule constante.

Elle ne se rencontre que peu ou pas dans les cas de paralysie générale ordinaire, ou du moins, si elle existe, la plus rapide évolution de la maladie trouve son explication dans la présence de telle ou telle cause adjuvante connue qui en précipite la marche, qui en fait une paralysie générale ordinaire à marche progressive.

L'opinion de M. Doutrebente et Lionet est loin de remplir les desiderata précédents ; aussi à peine avait-elle vu le jour que de nombreux faits contradictoires lui étaient opposés. M. Marandon de Montyel, dans les annales médico-psychologiques de 1878, rapporte 28 observations de paralytiques généraux à rémission, chez le plus grand nombre desquels l'hérédité fait défaut. Nombre de faits semblables sont relevés dans la thèse de Lemaître en 1883 et dans les annales médico-psychologiques de ces 10 dernières années.

Nous trouvons du reste dans nos observations la confirmation de ce que nous venons d'avancer. A côté de celles où nous trouvons avec l'hérédité d'autres facteurs étiologiques qui peuvent être tout aussi bien invoqués pour

expliquer la longue durée de l'affection, nous n'en trouvons que deux. L'observation I et II où l'hérédité existe seule, et nous en trouvons deux où les renseignements pris avec soins (observations VII et VIII) n'ont pas permis d'en révéler l'existence. Dans le reste des cas, si elle existe, elle n'existe pas seule et l'alcool avec la syphilis se partagent avec elle la responsabilité du mal. Nous croyons donc pouvoir conclure avec toute la réserve qu'implique, dans quelques-unes de nos observations, l'existence de renseignements incomplets sur les antécédents vésaniques, que si pour quelques cas, l'hérédité paraît agir en prolongeant la durée de la maladie, elle ne semble pas dans d'autres avoir la même importance et jouer le même rôle. Cependant si nous devons émettre une opinion, nous serions porté à donner à l'hérédité la part la plus large dans l'étiologie de ces formes à longue échéance ; c'était l'avis de Legrand du Saule, c'est également l'opinion de Mendel qui sur seize cas de rémission durable, trouve dix fois l'influence de l'hérédité.

La solution du problème réside dans des observations ultérieures où les renseignements pris sur les antécédents seront à l'abri de toute critique et de tout soupçon. Une autre cause invoquée pour expliquer ces méningo-encéphalites à longue échéance est représentée par la syphilis.

Née d'hier, cette influence de la syphilis est rapidement devenue prépondérante, et grâce à l'appui de voix très autorisées, vient annihiler à son profit tout le déterminisme de l'affection qui nous occupe.

M. le docteur Camuset, médecin de l'Asile de Bonneval, rapporte dans les annales médico-psychologiques de 1891, plusieurs cas de paralysie générale à longue durée et l'auteur invoque la syphilis pour en expliquer la longévité

quoique faisant des réserves sur ses conclusions, M. le docteur Camuset conclua par la formule suivante : la lenteur de l'évolution s'observe particulièrement dans les paralysies générales que l'on a le plus de raison de considérer comme étant provoquées par la syphilis dans celles où la syphilis précédant de peu le début de la paralysie générale peut être tout naturellement invoquée comme influence étiologique réelle.

Le fait qu'une syphilis précède de peu une paralysie générale ne peut la faire qualifier de cause déterminante, et une grande incertitude règne encore dans les opinions des auteurs relativement à l'influence de la syphilis.

Sans vouloir entrer dans les détails d'une discussion qui ne saurait trouver ici sa place, nous pouvons dire que les uns avec M. le professeur Fournier lui reconnaissent une influence prépondérante qu'elle devrait d'après Stumpell, à l'action de ses toxines sur le système nerveux central, et que les autres ne lui reconnaissent qu'une valeur nulle ou bien l'importance toute secondaire d'une cause prédisposante.

On ne saurait être plus affirmatif pour les paralysies générales à longue durée.

Comme pour la notion de l'hérédité, nous voyons dans les diverses observations que nous avons parcourues (Marandon, thèse de Lemaître), que tantôt la syphilis fait défaut, tantôt il s'y adjoint d'autres facteurs : excès alcooliques, surmenage, qui tour à tour ont également en leurs partisans.

Dans les observations recueillies par nous, trois fois la syphilis existe seule (observ. III, IV et VIII). Dans quatre autres, d'après des renseignements qui ont été pris elle fait complètement défaut ; quant aux quatre observations restantes les antécédents personnels sont trop incomplets pour qu'ils puissent nous fournir quelque éclaircis

sement. On ne saurait évidemment conclure devant des résultats aussi inconstants.

Comme l'hérédité et la syphilis, l'alcoolisme a ses partisans et M. le docteur Vallon, médecin en chef de l'Asile de Villejuif a cru devoir conclure dans un travail présenté à l'Académie de médecine sur les rémissions, que dans un nombre assez considérable de cas, les excès alcooliques étaient le plus souvent relevés dans les antécédents de ses malades.

Nous trouvons en effet cette influence des accès alcooliques dans quelques-unes de nos observations; mais nos renseignements incomplets sur ce dernier point ne nous permettant pas d'en apprécier toute la valeur.

En résumé, l'alcoolisme, la syphilis, le surmenage et l'hérédité que l'on peut appeler le facteur triétiologique de la paralysie générale, nous paraissent avoir leur part dans l'étiologie des formes à longue durée. Nous ne pouvons formuler de conclusion ferme en faveur de chacune d'elle car qu'il s'agisse d'un héréditaire, d'un alcoolique, d'un syphilitique la méningo-encéphalite est tantôt progressive évoluant dans les limites d'une durée classique, tantôt prolongée évoluant en 10, 12, 15 ans et plus encore sans que l'on puisse signaler dans les diverses observations publiées par chaque auteur à l'appui de la cause invoquée par lui des preuves décisives, irréfutables et convaincantes.

Une quatrième opinion formulée par M. Voisin veut trouver dans le degré et l'étendue des lésions les raisons d'être de ces formes spéciales et cela d'autant plus que dans cette affection, symptômes et lésions paraissent unis entre eux par des liens étroits; à mesure en effet que les lésions progressent on observe une aggravation soit des troubles moteurs, soit des troubles psychiques, et si une rémission vient à se produire, on peut supposer que la lésion

anatomique a subi un temps d'arrêt et reste localisée. M. Voisin s'exprime à ce sujet de la façon suivante : « Ces rémissions tiennent, dit-il, à ce que les phénomènes congestifs disparaissent, à ce que les lésions inflammatoires se localisent et à ce que les parties du cerveau restées ou redevenues saines suppléent au fonctionnement des parties atteintes par une lésion définitive. »

Des faits avec autopsie ne permettent pas de généraliser cette opinion mais autorisent dès maintenant à croire que les choses peuvent se passer tout autrement. Voici du reste le compte rendu d'un cas rapporté par M. Guillemin dans les *Annales médico-psychologiques* de 1891 qui vient infirmer l'opinion émise par M. Voisin :

Lorsque la mort est survenue, G..., était en rémission depuis huit mois environ. A partir de septembre, il reconnaît avoir été dans le délire, abandonne ses conceptions délirantes, manifeste un grand chagrin en apprenant que sa femme va tomber dans la misère. Les raisons qu'il invoque pour obtenir sa sortie montrent assez que ses facultés ont repris une certaine activité. De plus, Gr... se rend compte des causes qui ont produit chez lui le trouble intellectuel. Il avoue avoir fait des excès de boisson et pour les éviter, prend l'engagement de quitter l'état de représentant de commerce.

L'inégalité pupillaire, le tremblement des muscles des lèvres, l'émotivité, le manque d'expression de la face persistent pendant un certain temps ; puis le tremblement disparaît, et quand les attaques épileptiformes surviennent, l'inégalité pupillaire subsiste encore ; mais la physionomie était plus animée, l'émotivité avait beaucoup diminué et ne se manifestait que lorsqu'on parlait à Gr..., de son père.

Autopsie. — L'examen de l'encéphale seul a été fait et nous donne les résultats suivants :

La boîte crânienne est d'une dureté et d'une résistance excessives, surtout au niveau du frontal.

Les vaisseaux de la dure-mère sont fortement injectés ; les corpuscules de Pacchioni ont acquis un développement considérable ; la pie-mère est comme violacée et adhère au cerveau dans toute

son étendue. On ne peut la détacher de la surface de l'encéphale sans enlever des lambeaux de la substance corticale. La pulpe cérébrale est ramollie ; les circonvolutions sont peu marquées, la substance grise est pâle, décolorée.

Les cavités ventriculaires contiennent une quantité de sérosité sanguinolente, pouvant varier de 25 à 30 gr. Dans le prolongement occipital droit ou cavité ancyroïde, nous trouvons un caillot sanguin du volume d'une noix, provenant d'une hémorrhagie qui a déterminé sans doute les attaques épileptiformes auxquelles notre malade a succombé.

On peut bien dire que l'explication anatomo-pathologique de ces formes prolongées fait encore défaut.

Est-ce dans un état simplement hyperhémique qu'il faut en chercher la raison ?

Nous ne le pensons pas, car, bien souvent, pendant la période de rémission, on ne peut constater aucun des signes de l'hyperhémie.

Mendel pense qu'il s'agit là d'un processus interstitiel intéressant peu, au début, les cellules nerveuses ; des examens histologiques pourront seuls montrer le degré de vérité contenu dans une interprétation qui, au premier abord, paraît assez vraisemblable ; une réserve plus grande encore s'impose envers l'hypothèse des suppléances fonctionnelles, dans laquelle le fonctionnement des parties restées saines supplée à l'insuffisance des parties malades.

L'amendement des symptômes d'une paralysie générale après une suppuration prolongée a fait considérer cette dernière comme pouvant être la cause et le point de départ d'une rémission ; un certain nombre de faits bien observés viennent à l'appui de cette opinion et nous même nous rapportons un fait analogue. Bonnefous, Fabre, Baillarger, Voisin ont vu la rémission intervenir à la suite de suppurations consécutives à des brûlures et Bouillaud, Trélat, Meyer, provoquèrent des suppurations dans un but thérapeutique et obtinrent quelque suc-

cès. Chiarugi, Meriggi, Nasse et Schlage ont vu la guérison ou une amélioration survenir chez des paralytiques généraux après la variole, Kœstel après le vaccin, Macleod après l'érysipèle de la face ; Dautrebente vu la rémission coïncider avec le début d'une grossesse.

Quoique ces faits ne soient pas les seuls publiés sur la question qui nous occupe, on peut dire que les maladies intercurrentes ont plutôt une influence défavorable sur la marche de la paralysie générale ; Châtelain et Sponholtz ont soutenu cette dernière opinion ; Mendel a vu dans deux cas, une tuberculose antérieurement stationnaire, reprendre une marche progressive pendant une période de rémission et une grossesse coïncider avec une aggravation dans les symptômes d'une paralysie générale. En général les rémissions, à quelque degré qu'on les observe sont rares dans ces conditions, et nombreuses sont les observations où une maladie intercurrente, présentant ou non de la suppuration, a entraîné une aggravation rapide dans l'état physique et psychique du malade.

Nous n'avons trouvé aucune relation à établir entre la longue durée de l'affection et l'âge que présentait le malade au moment de l'apparition des premiers symptômes ; dans nos observations, nous trouvons que l'âge de nos paralytiques se maintient dans les limites ordinaires, que les données classiques nous donnent comme comprenant la période comprise entre trente et quarante-cinq ans.

Le chiffre qui représente le nombre de nos paralysies générales à longue durée est véritablement très faible, si on le compare à celui des paralytiques qui meurent dans les troisième, quatrième, ou cinquième année de leur maladie ; les neuf observations que nous ont été, en effet, recueillies dans le service de M. le professeur Joffroy, Val

lon, à l'asile de Villejuif, services très actifs. où le mouvement des malades est considérable, ce qui nous permet de regarder le chiffre de un millier, représentant les paralytiques à durée ordinaire, comme certainement inférieur au chiffre réel.

La rareté des cas à longue durée chez l'adulte nous a paru d'autant plus intéressante à signaler que dans la paralysie générale juvénile on observerait beaucoup plus fréquemment des formes prolongées.

Alzheimer, dans l'*Allgemeine D. f. Psychiatrie* de 1875, rapporte une série de vingt-trois cas de paralysie générale juvénile qu'il range, d'après la durée, de la façon suivante.

5 cas ayant durée de 2 à 3 ans			
4	—	3 à 4	—
5	—	4 à 5	—
3	—	5 à 6	—
1	—	6 à 7	—
3	—	7 à 8	—
2	—	8 à 9	—

La durée moyenne fut donc dans les 23 cas de quatre à cinq ans ; dans aucun cas, la durée ne fut inférieure à deux ans, dans plus du tiers, la maladie dépassa cinq ans et dans le cinquième des cas, elle dépassa sept ans.

CHAPITRE V

Diagnostic et Pronostic

Existe-t-il des signes susceptibles de faire prévoir dès le début une durée plus longue à un cas donné de paralysie générale ? Y a-t-il en un mot une forme spéciale de méningo-encéphalite qu'on puisse désigner sous le nom de *forme prolongée* ?

C'est là un point discuté par les différents auteurs et sur lequel on n'a en somme, à l'heure actuelle, que des indications assez peu précises.

Les signes physiques et psychiques de la paralysie générale ne nous ont pas semblé dans nos observations présenter quelque particularité capable de figurer comme élément de diagnostic : le tremblement fibrillaire, l'embarras de la parole, l'affaiblissement musculaire, les troubles oculaires et les idées délirantes n'offrant rien de spécial à considérer dans leur aspect clinique et ne peuvent par conséquent permettre de diagnostiquer à l'avance une forme prolongée.

C'est seulement lorsqu'on les voit s'atténuer chez les malades que la probabilité d'une période de rémission doit se présenter à l'esprit du médecin. M. le docteur Vallon a cru trouver dans l'augmentation du poids du malade, un indice probable de longévité. Déjà plusieurs auteurs avaient signalé l'embonpoint survenant chez les aliénés comme indiquant une tendance à la chronicité

de leur affection vésanique. D'après M. Vallon, le même fait s'observait chez les paralysés généraux avec la même signification.

La notion des formes spinales et l'étude des relations qui existent entre le tabès et l'affection paralytique est un facteur qu'il serait fâcheux de négliger au point de vue des formes d'encéphalite correspondante. C'est ainsi que M. le professeur Joffroy a communiqué au Congrès de Clermont-Ferrand, l'histoire d'un malade présentant une forme tabétique dont l'affection a évolué en 12 ans. Dans ses leçons du semestre dernier, M. Joffroy revenant sur sur cette question, claissait, au point de vue la durée, les formes de paralysies générales, en trois catégories. Dans la première se rangent les formes spasmodiques dont l'évolution est la plus rapide (deux ans). Les formes tabétiques constituent la seconde catégorie et se feraient remarquer par une évolution lente, souvent extrêmement lente. Dans la troisième catégorie, enfin, M. Joffroy, range les formes cérébrales sans manifestations médullaires. Ces dernières d'une durée de trois à quatre ans constituent les formes communes des auteurs.

Les travaux de Fürstner, Mali, Mageotte, etc. viennent confirmer les conclusions de M. Joffroy.

Un autre point, sur lequel l'attention a été attirée par divers auteurs, est celui de la longue durée des formes sans délire, comparée à celles des formes délirantes de la paralysie générale, et à ce propos, M. Joffroy fait remarquer que la forme sans délire s'accompagne souvent de signes tabétiques.

On voit par ce court exposé, toute l'obscurité qui règne encore sur ce sujet. Aucune notion positivement établie ne permet de préciser la durée de tel ou tel cas de paralysie générale ; ni l'étiologie, ni les symptômes, ni les ques-

tions d'âge ou de sexe ne peuvent fournir de renseignements utiles.

Cependant, de l'étude des faits relatés plus haut, peuvent découler les quelques propositions suivantes, qu'on peut donner comme probables :

1^o Le pronostic de la durée dépend le plus souvent de la coexistence des signes spinaux. Nous nous sommes déjà étendus sur la classification faite à ce sujet par M. Joffroy.

2^o Il y a lieu de tenir compte de la présence ou de l'absence du délire. On peut voir, en effet, dans quelques-unes de nos observations, la longue durée de la maladie, coïncider avec le faible développement des idées délirantes ; la forme cérébrale avec délire accusé ne fournissant qu'à titre exceptionnel des cas à longue durée.

CONCLUSIONS

De ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure que :

I. — Il n'y a pas lieu de distinguer une forme spéciale de paralysie générale pouvant être qualifiée de *forme prolongée*.

II. — Les cas à longue durée que nous relatons sont complexes ; nous n'avons pas trouvé dans l'âge du sujet, le sexe, les causes prédisposantes ou déterminantes ordinaires la raison exacte de la longueur observée

III. — Les formes tabétiques ont généralement une évolution lente ; les formes spasmodiques ayant au contraire, une évolution brève.

IV. — Dans le type cérébral pur, sans signes médullaires la longue durée ne se présente qu'à titre exceptionnel.

V. — Les formes paralytiques sans délire évoluent plus lentement que les formes à délire très accusé.

VI. Les rémissions sont fréquentes dans les cas de paralysie générale à longue durée et c'est le plus souvent sous cette apparence que l'affection évolue lentement.

VII. Les cas à évolution lente et progressiste sont extrêmement rares.

Vu par le Président de la thèse :

STRAUS

Vu le Doyen :

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| <i>Annales Médico psychologiques</i> | Année 1849 t. 1 p. 423 |
| — — — | — 1856 t. II p. 89. |
| — — — | — 1868 t. IV p. 423. |
| — — — | — 1876 t. XV p. 356. |
| — — — | — 1878 t. XIX p. 161-327 |
- Aubanel.** Thèse 1839.
- Baillarger.** *Recherches sur les maladies mentales*, 1890.
- Ball.** *Leçons sur les maladies mentales*, 1890.
- Bayle.** *Sur l'Arachnité chronique*, 1822.
- *Des maladies du cerveau et de ses enveloppes*, 1826.
- Calmeil.** *De la paralysie considérée chez les aliénés*, 1826.
- *Des maladies inflammatoires du cerveau*, 1859.
- Camuset.** *Annales médico-psychologiques*, 1891.
- Castritis.** *Influence favorable des maladies aiguës intermittentes sur la marche de la paralysie générale* (th. Montholier 1890).
- Christian et Ritti.** Article paralysie générale du *Dictionnaire encyclopédique*.
- Cullere.** *Traité pratique des maladies mentales*, 1890.
- Dagonet.** *Traité des maladies mentales*, 1893.
- Delaye.** *Paralysie générale des aliénés* th. Paris, 1824.
- Doutrebente.** *Recherches sur la paralysie générale*, th. Paris, 1870.
- Falret père.** *Des maladies mentales et des Asiles d'aliénés*, 1861.
- G. Falret.** *Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, 1890.
- Foville.** *Dict. de méd. et de chir. pratiques.* Articles paralysie générale.
- Furstner.** *Congrès de Baden-Brden*, 1886.
- Griesinger.** *Traité des maladies mentales*, 1865,

- Helbronner.** Ueber Krankheitz dans und lodesursachen ueirde
prog. paralyse. — *Allgemeine Zeitsch. für Poych.* 1894.
- Hubert-Rodrigues.** *Traité de paralysie générale chronique*
considérée chez les aliénés. Anvers, 1847.
- Kirschhoff.** *Lehrbuch des Psychiatrie*, 1892.
- Krafft-Ebing.** *Lehrbuch des Psychiatrie.*
- Kreplin.** *Arch. für Psychiatrie*, 1893.
- Larroque.** *Rémissions dans le cours de la paralysie générale.*
(th Paris, 1885.
- Lasèque.** *De la paralysie générale progressive.* Th. d'agrégation, 1853.
- Langitère.** Th. Paris, 1879.
- Lionet.** Th. Paris, 1877.
- Lunier.** *Annales médico-psychologiques*, 1877.
- Luys.** *Traité des maladies mentales*, 1881.
- Magnan.** *Leçons sur les maladies du système nerveux.*
- Magnan et Sérieux.** *La paralysie générale* in *Encyclopédie des*
aides-mémoire.
- Marcé.** *Traité des maladies mentales*, 1862.
- Mendel.** *Die progressive Paralyse des Irren.* Berlin, 1880.
- Morelli.** *Seméiologie des maladies mentales*, 1860.
- Morel.** *Traité des maladies mentales*, 1860.
- Parchâppe.** *Traité théorique et pratique de la folie.*
- Régis.** *Manuel de Médecine mentale*, 1885.
- Schule.** *Traité clinique des maladies mentales*, 1888.
- A. Voisin.** *Traité de la paralysie générale des aliénés*, 1879.
- Zichen.** *Arch. für Psychiatrie*, 1894.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos.....	5
Historique.....	6
Division du sujet.....	10
CHAPITRE I ^{er} . Des formes prolongées en général.....	15
— II. Observations.....	19
— III. Revue critique des observations et étude de la période de rémission.....	37
— IV. Rôle des différents facteurs étiologiques, anatomiques et cliniques dans les paraly- sies générales à longue durée.....	53
— V. Diagnostic et pronostic.....	62
Conclusions.....	65
Index bibliographique.....	67

